

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Sampiero, Ange, François PORRI

Né le 20 Août 1933, à Ajaccio (Corse)

N°
513

Présentée et soutenue publiquement le

1963

LE MEDECIN DE RESERVE EN UNITE OPERATIONNELLE

Président : M. FEVRE, Professeur

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1963

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : PORRI

Prénoms : SAMPIERO, ANGE, FRANÇOIS

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

PORRI (SAMPIERO, ANGE, FRANÇOIS) — Le médecin de réserve en unité opérationnelle. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1963, in-8°, 75 p., 14 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).

PORRI (SAMPIERO, ANGE, FRANÇOIS) — Le médecin de réserve en unité opérationnelle. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1963, in-8°, 75 p., 14 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).

PORRI (SAMPIERO, ANGE, FRANÇOIS) — Le médecin de réserve en unité opérationnelle. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1963, in-8°, 75 p., 14 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).

PORRI (SAMPIERO, ANGE, FRANÇOIS) — Le médecin de réserve en unité opérationnelle. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1963, in-8°, 75 p., 14 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Sampiero, Ange, François PORRI

Né le 20 Août 1933, à Ajaccio (Corse)

Présentée et soutenue publiquement le

196

LE MEDECIN DE RESERVE EN UNITE OPERATIONNELLE

Président : M. FEVRE, Professeur



I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1963

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN : LÉON BINET. *Membre de l'Institut*

1^{er} ASSESSEUR : Gaston CORDIER — 2^e ASSESSEUR : Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.), SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Educat. phys. et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOLLE (H.)
Médecine légale	DEROBERTE (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.), BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.), DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.), POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pathologie chirurgicale	
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales :	
<i>Beaujon</i> : LORTAT-JACOB (J.-L.) — <i>Cochin</i> : LÉGER (L.), ABOULKER (P.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : PATEL (J.) — <i>Pitié</i> : CORDIER (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : GOSSET (J.) — <i>Salpêtrière</i> : SICARD (A.) — <i>Tenon</i> : OLIVIER (Cl.).	
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopéd. et traumat. (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) ..	GAUDART D'ALLAINES (F. DE)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec) ..	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) ..	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilit. (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) ..	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales :	
<i>Boucicaut</i> : MILLIEZ (P.) — <i>Broussais</i> : LENÈGRE (J.) — <i>Cochin</i> : JUSTIN-BESANÇON (L.), BROUET (G.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : BARIÉTY (M.) — <i>Lariboisière</i> : SÈZE (S. DE) — <i>Pitié</i> : DREYFUS (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : KOURILSKY (R.).	
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ..	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. DE)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales :	
<i>Baudelocque</i> : LACOMME (M.) — <i>Foch</i> (Suresnes) :	MERGER (R.).
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) ..	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) ..	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) ..	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Médecine	BOUR (H.), LHERMITTE (F.), PEQUIGNOT (H.)
------------------	--

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie :

MM. CABROL (C.); COUINALD (C.);
GILLOT (C.); OLIVIER (G.), *pr. s. ch.*

Anatomie pathologique :

Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.), *pr. s. ch.*; MM. ABELANET (R.); CHOMETTE (G.); GOUYGOU (Ch.), *m. conf.*; NEZELOFF (Ch.); ORCEL (L.); PAILLAS (J.).

Anesthésiologie :

MM. KERN (E.); VOURC'H (G.).

Bactériologie :

MM. BARBIER (P.), *pr. s. ch.*; CHRISTOL (D.); LE MINOR (L.); TOURNIER (P.).

Biochimie médicale :

MM. BAULIEU (Et.), *m. conf.*; BOURILLON (R.); CARTIER (P.); DREYFUS (J.-Cl.); GONNARD (P.); KRUH (J.); JEROME (H.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. PLAS (F.).

Carcinologie :

MM. BOIRON (M.); DENOIX (P.); MATHÉ (G.); SELIGMANN (M.).

Dermato-Syphiligraphie :

MM. CIVATTE (J.); DUPERRAT (B.).

Electro-Radiologie :

M. LEDOUX-LEBARD (G.).

Hématologie :

MM. BESSIS (M.); BILSKI-PASQUIER (G.); DAUSSET (J.); DUHAMEL (G.).

Histologie :

MM. COUJARD (R.), *pr. s. ch.*; MAROIS (M.); RACADOT (J.).

Hydrologie :

MM. BESANÇON (F.); CORNET (A.).

Hygiène :

MM. BOYER (J.), *pr. s. ch.*; BLANCHER (G.); Mme CORRE-HURST (L.); SAPIN-JALOUSTRE (H.).

Maladies infectieuses :

MM. BASTIN (R.), *pr. s. ch.*; DUPONT (V.).

Médecine légale :

MM. FOURNIER (E.); GUENIOT (M.); HADENGUE (A.).

Médecine du travail : M. ALBAHARY (C.).

Neuro-chirurgie : M. PERTUISET (B.).

Neurologie : M. LAPRESLE (J.).

Obstétrique :

MM. GRANJON (A.); HERVET (E.); LE LORIER (G.); LEVY (J.); MORIN (P.); MUSSET (R.); ROBEY (M.); SENÈZE (J.); SUREAU (C.); THOYER-ROZAT (J.).

Ophtalmologie :

MM. BRÉGEAT (P.); DUBOIS (A.); SARAUX (H.).

Orthopédie :

MM. JUDET (R.); MEARY (R.); POSTEL (M.); RAMADIER (J.).

Oto-rhino-Laryngologie :

MM. DEBAIN (J.); PIALOUX (P.).

Parasitologie :

MM. GOLVAN (Y.); LAPIERRE (J.).

Pathologie chirurgicale :

MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.); CERBONNET (G.); CHATELIN (C.-L.); DUBOST (Ch.); DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.); GARBAY (M.); GARNIER (H.); GAUDART-D'ALLAINES (Cl. de); GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LOYGUE (J.); MERCADIER (M.); NATALI (J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.); ROBERT (H.); THOMERET (G.).

Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.).

Pathologie expérimentale :

MM. BENHAMOU (J.-P.); BERTHAUX (P.); BOIVIN (P.); CROSNIER (J.); HARTMANN (L.); LœPER (J.), *pr. s. ch.*; MAURICE (J.); MIKOL (Cl.); RICHET (G.).

Pathologie médicale :

MM. AUSSANNAIRE (M.); BOUVIER (J.); BOUVRAIN (Y.); BRICAIRE (H.); BRISAUD (H.); BROCARD (H.); BUGÉ (A.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.); COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COURY (C.); ETIENNE (J.-P.); FREZAL (J.); FRITEL (D.); HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.); HOUSSET (E.); LAROCHE (Cl.); LESOBRE (R.); LÉVÊQUE (B.); MACREZ (C.); MOREAU (L.); NICK (J.); ROYER (P.); TOURNEUR (R.); WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture :

MM. LAFOURCADE (J.); LEPERCQ (G.); MANDE (R.); MOZZICONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); ROSSIER (A.); VIALATTE (J.).

Pharmacologie :

MM. BOISSIER (J.); LECHAT (P.).

Physiologie :

MM. BARRES (G.); DEJOURS (P.),
pr. s. ch.; DURAND (J.); GIRARD *m.*
conf.; HUGELIN (A.); SCHERRER (J.).

Physique médicale :

MM. CHANTEUR (J.); GOUGEROT (L.),
m. conf., *pr. s. ch.*; GREMY (F.), *m.*
conf.; MILHAUD (G.); PELLERIN (P.);
ROUCAYROL (J.-Cl.); TUBIANA (M.),
m. conf.

Pneumo-phtisiologie :

MM. KREIS (B.); MEYER (A.);
RENAULT (P.).

Psychiatrie : M. PICHOT (P.).

Psychiatrie infantile :

MM. DENIKER (P.); DUCHE (D.);
FLAVIGNY (H.).

Rhumatologie : M. DELBARRE (F.).

pr. s. ch.

Stomatologie :

MM. CERNEA (P.); Mme CHAPUT
(A.), *m. c. agr.*; M. GRELLET (M.).

Thérapeutique :

MM. CHASSAGNE (P.); MARCHE (J.).

Urologie :

MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.);
QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale : VERNE (J.-M.).

Clinique médicale :

MM. PERRAULT (M.); RAMBERT (P.);
THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale :

MM. GRASSET (J.); MAYER (M.).

Clinique ophtalmologique :

MM. DESVIGNES (P.); OFFRET (G.).

Clinique pédiatrique et puériculture :

M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie M. HAUDUROY (P.), *prof. sans chaire*

Pathologie chirurgicale M. RUDLER (J.), *prof. sans chaire*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté

Secrétaire principal

Conservateur en Chef de la Bibliothèque,

Conservateur du Musée d'Histoire de la

Médecine

Conservateurs

Bibliothécaire

M. LENA (J.)

Mlle CHAINTREUIL (G.)

M. le Docteur HAHN (A.)

Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.),
QUIÉVREUX (E.)

Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
Mlle LAURENT (H.)

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises
dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres
à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

Qui m'ont élevé dans le respect du devoir.

A MA FEMME

*Dont le souvenir me soutint dans les
épreuves traversées.*

A MA FILLE

A NOS COMPAGNONS D'ARMES

A MONSIEUR LE DOCTEUR FÈVRE

Professeur de la Chaire de Clinique Chirurgicale Infantile
à la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Chirurgie

Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui nous fit le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

En hommage respectueux.

A NOS MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS
ET PLUS PARTICULIÈREMENT

A MONSIEUR LE DOCTEUR WEILL
Médecin de l'Hôpital Bretonneau

Envers lequel nous serons toujours reconnaissant de l'accueil qu'il nous réserva et de l'enseignement qu'il nous prodigua.

A NOS MAITRES DES HOPITAUX D'ALGÉRIE

MONSIEUR LE DOCTEUR GUEDJ

Chirurgien-Chef du Centre Hospitalier Régional de Constantine

MONSIEUR LE DOCTEUR BIANCARDINI

Médecin-Chef du Service de Gynécologie-Obstétrique
du Centre Hospitalier Régional de Constantine

MONSIEUR LE DOCTEUR ROIGT

Chirurgien-Chef du Centre Hospitalier de Tlemcen

Qui nous honorèrent de leur confiance en nous acceptant comme interne dans leurs Services, et nous enseignèrent les bases de la chirurgie d'urgence dans un pays en proie à la guerre civile.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL-INSPECTEUR DEBÉNÉDETTI

Directeur Central des Services de Santé des Armées

A NOS MAÎTRES DES HÔPITAUX MILITAIRES

MONSIEUR LE MÉDECIN COLONEL FABRE

Chirurgien des Hôpitaux de l'Armée

MONSIEUR LE MÉDECIN COMMANDANT GILLOUX

Assistant de Chirurgie des Hôpitaux de l'Armée

*Auprès desquels nous avons poursuivi la
pratique de la chirurgie.*

A MESSIEURS LES DOCTEURS

MINICONI ET RAMARONI

Médecins-Chefs du Service de Gynécologie-Obstétrique
du Centre Hospitalier d'Ajaccio

*Qui nous acceptèrent comme interne dans
leur Service.*

INTRODUCTION

Au cours du *XIII^e Congrès International de Médecine et de Pharmacie Militaire*, tenu à Paris du 17 au 23 juin 1951, le Médecin Colonel ZDENKO KRAUS, de l'armée yougoslave, prononçait ces paroles :

« Une illusion consiste à croire que, dans guerre éventuelle, le Médecin pourrait appliquer de la même manière les mêmes connaissances que celles qu'il a apprises et appliquées dans des conditions civiles et en temps de paix.

« Il serait incapable de mettre en pratique ses connaissances médicales, si amples soient-elles, dans des conditions de guerre qui sont déjà pour lui-même bien compliquées et dures. »

Le Médecin Colonel ZDENKO KRAUS posait ainsi le problème de la reconversion en temps de guerre du potentiel sanitaire des belligérants, compte tenu, non seulement des conséquences de la guerre sur l'aspect matériel — difficultés d'approvisionnement, par exemple — des soins médicaux, mais surtout de la désorientation du médecin civil incorporé dans l'armée, lequel, non préparé aux épreuves qu'il doit affronter, n'est plus en possession de tous ses moyens physiques et intellectuels.

C'est ce problème de l'adaptation du médecin civil à la médecine militaire que nous allons aborder — et plus précisément d'après notre expérience personnelle — le problème du médecin de réserve affecté à une unité combattante de l'armée de terre.

Le rôle du médecin en unité opérationnelle est en effet fort lointain de celui du médecin civil.

D'une part, il s'agit essentiellement et même en dehors des faits de guerre, de traumatologie sur des adultes jeunes ne présentant pas de tares physiques sérieuses.

D'autre part, le plus souvent les blessés surviendront dans des circonstances qui leur donneront très vite un caractère dramatique :

— nocivité de l'agent vulnérant — la balle humanitaire n'est pas encore au point ;

- grand nombre de blessés ;
- pauvreté des moyens thérapeutiques les plus élémentaires, ne serait-ce parfois que l'impossibilité d'avoir assez d'eau pour laver une seule plaie, ainsi que du matériel sanitaire allégé au maximum afin de pouvoir donner des soins le plus rapidement possible.

Il faut agir vite, parer au plus pressé.

« L'on traite les blessés sans fard et sans mignardises à la façon des villes », disait Ambroise PARÉ.

Peu de gestes thérapeutiques, mais des gestes salvateurs, puis le transfert vers l'arrière.

PERCY enseignait que le transport primait le pansement ; les moyens d'évacuation rapides modernes n'ont fait que confirmer de nos jours la justesse de cette opinion, mais encore faut-il que cette évacuation soit possible.

Ce sera au médecin de l'unité de rendre possible l'évacuation des blessés vers l'arrière ; écrasante responsabilité à laquelle il devra se préparer, en toute connaissance du rôle qu'il aura à jouer et des circonstances exactes dans lesquelles il devra se tenir.

Une regrettable confusion a lieu trop souvent entre personnel non combattant et personnel éloigné des combats.

Le médecin, personnel non combattant, peut être certes affecté à une formation hospitalière territoriale, mais il pourra tout aussi bien être affecté à un corps de troupe engagé au combat. Il devra alors accomplir le geste salvateur qui rendra possible l'évacuation sanitaire du blessé, geste qui très souvent devra être fait sur les lieux mêmes de l'action.

Si certains pays s'orientent vers la formation d'« infirmiers supérieurs » capables de remplacer un médecin en cas d'urgence, il n'en est pas de même en France, et de nombreux cas urgents ne sauraient être que de la compétence du médecin ; il importe donc que celui-ci soit sur place afin d'agir sans perte de temps. Pour se trouver au moment voulu auprès des combattants ayant besoin de ses soins, il lui faudra partager leur vie.

La préparation du médecin de réserve à ce rôle de médecin de corps de troupe doit être donc avant tout psychique et morale ; ce n'est que lorsqu'il connaîtra avec lucidité sa vie de médecin de corps de troupe, son rôle de médecin au combat et les risques auxquels il sera exposé, qu'il pourra se préparer efficacement et en toute connaissance de cause à remplir ses fonctions.

Il lui faudra tout d'abord acquérir une formation militaire de base qui lui permettra, en tant qu'individu, de survivre au combat et par la suite de remplir ses fonctions ; puis, il devra adapter les notions apprises lors de cette formation militaire à ses fonctions médicales.

Ce n'est que lorsque cette adaption à l'état militaire sera terminée que le médecin pourra remplir son rôle.

CHAPITRE I

FORMATION MILITAIRE DE BASE DU MEDECIN

Le point capital de la formation du médecin sera, malgré l'opinion trop répandue voyant dans le médecin un personnage sédentaire, l'entraînement physique.

En effet, quel que soit son grade ou sa fonction, l'homme faisant partie d'une unité opérationnelle doit être capable des mêmes performances : la distance à parcourir sera la même pour tous et, si la composition du chargement individuel varie selon la fonction du porteur, son poids sera, à peu de chose près, le même.

Une opération engagée à l'échelon « bataillon » et « E.M.T. » demandera souvent à l'effectif complet — combattants et éléments logistiques adaptés (dont au moins un médecin par état-major tactique) — le même effort physique.

Le médecin devra donc être capable des mêmes efforts physiques que le fantassin moyen, c'est-à-dire, pour situer le niveau à atteindre, que, au cours d'une journée, en portant un chargement individuel type : 24 heures de vivres, couchage, arme et munitions, la distance de 30 km doit être parcourue sans fatigue excessive.

L'entraînement sera complété par quelques exercices d'hébertisme — en particulier par le « porter » — et de culture physique militaire comme le « ramper » et la « progression par bonds », enfin tous ces exercices devront pouvoir être pratiqués malgré la présence d'obstacles courants — « fils de fer barbelés de divers types ».

Cet entraînement physique est indispensable ; lui seul permettra au médecin d'accomplir, dès son arrivée à son unité, la tâche qui lui est dévolue : soigner les blessés le plus vite possible.

En dehors d'une formation physique rigoureuse, le médecin d'unité opérationnelle devra apprendre à se servir d'une carte d'état-major et d'un appareil de radiophonie d'une manière essentiellement pratique.

La topographie doit être épurée de tous ses préambules théoriques ; l'étude des différents systèmes de projections — U.T.M., Mercator... — est inutile pour l'emploi d'une carte d'état-major ; bien plus importante est l'étude des signes conventionnels.

L'orientation de la carte se fera à la boussole, les variations du Nord magnétique ne sauraient avoir d'importance pour les estimations grossières faites à vue, de même la précision des coordonnées décimétriques, nécessaire à l'artilleur, n'a pas grande utilité pour le médecin qui, en cas de demande d'appui aérien, utilisera uniquement le système « coordonnées chasse ».

Pour se situer soi-même sur la carte, il conviendra d'utiliser la visée, d'après le Nord magnétique, sur trois points caractéristiques du paysage ou, en cas de désorientation complète, sur trois points balisés par l'artillerie à l'aide d'obus fumigènes selon les coordonnées « chasse » choisies par le demandeur.

La topographie du médecin se réduira donc :

- aux signes conventionnels des cartes ;
- à l'orientation d'après le Nord magnétique ;
- à sa situation précise sur la carte, grâce aux trois visées ;
- aux « coordonnées chasse ».

Grâce à ces points élémentaires, il pourra toujours se situer sur la carte, choisir le point le plus adapté à une évacuation sanitaire aérienne et rejoindre les lignes amies.

L'utilisation des appareils de téléphonie sans fil est soumise à une connaissance parfaite des règles de « procédure » (indicatifs, horaires d'écoute, station en écoute permanente) générale et locale ; la question technique est moins importante, les postes pour liaison à longue distance sont en général desservis par un porteur-manipulateur, et les postes pour liaison à petite distance possédant un jeu de fréquences préréglées sur les postes fixes du réseau local qui jouent le rôle de relais en cas de nécessité.

L'emploi par tout personnel militaire des cartes d'état-major et des appareils de T.S.F. militaires entraîne l'obligation pour le porteur et pour le responsable du groupe, de détruire ce matériel en cas de risque grave de tomber aux mains de l'ennemi ; l'utilisation de la grenade incendiaire vissée à la place de l'antenne du poste de radio est alors nécessaire.

Il est à souhaiter que le médecin, au cours de sa formation militaire de base, apprenne à conduire les véhicules militaires et qu'il quitte le Centre d'Instruction des Elèves Officiers de Réserve en possession des trois permis de conduire : « Voiture légère », « Poids

lourds » et « Engin chenillé », afin qu'il puisse, en cas de force majeure, se passer de son conducteur, quel que soit le type de véhicule mis à sa disposition.

Un dernier point est à aborder au sujet de la formation militaire de base du médecin : il s'agit de l'armement.

Le droit au port d'arme est reconnu au personnel sanitaire par l'article 22 des Conventions de Genève, ainsi que le droit d'user de ses armes pour sa défense personnelle ou celle de ses blessés ou malades ; si ce dernier cas est assez rare, surtout pour les formations importantes en guerre conventionnelle, il n'en est pas de même pour ce qui est des équipes sanitaires de l'avant, mêlées au combat au moment de l'assaut de l'ennemi, et qui pourraient avoir à se défendre au moment du corps à corps.

Les armes employées alors seront les armes à faible portée : pistolet automatique, pistolet-mitrailleur, grenade à main.

Les grenades à main, en particulier, seront l'arme de choix pour dégager un poste investi, une ambulance arrêtée par des fantassins, et devraient être parfaitement connues et souvent utilisées à l'entraînement par les médecins, à l'égal des conscrits des autres services et armes.

CHAPITRE II

ADAPTATION PERSONNELLE DU MEDECIN A SON ROLE AU COMBAT

I. — L'ÉQUIPEMENT PERSONNEL

● **L'ARME INDIVIDUELLE.** Le médecin n'est pas un combattant, cependant, lorsque, comme c'est le cas pour un médecin d'unité opérationnelle, il est engagé au combat, il pourra avoir à se servir d'une arme dans les conditions prévues par l'article 22 des Conventions de Genève de 1949. Lors des corps à corps, en particulier, l'excitation du combat rend illusoire la protection donnée par les insignes sanitaires et, d'ailleurs, la partie belligérante adverse peut ne pas souscrire aux Conventions de Genève.

L'armement du médecin et de son personnel sera donc choisi en fonction de ces impératifs. Il sera peu encombrant et léger, car ne servant que rarement et destiné au combat rapproché. On choisira de préférence des grenades à main, permettant facilement de se dégager face à de nombreux adversaires, et le pistolet automatique, type M.A.C., calibre 9 mm, suffisant à un tir sur but rapproché.

En sus de son emploi éventuel en tant qu'arme, le pistolet 9 mm se révélera parfois un outil à usage multiple et extrêmement rapide.

La balle blindée de 9 mm pourra être utilisée pour sectionner les ronces métalliques qui retiennent un blessé tombé dans un réseau de fils de fer barbelés ; en cas d'électrification du réseau, la section des fils par arme à feu permet de dégager au plus vite l'homme électrocuté, tout en laissant le sauveteur à l'abri.

● **LE BIDON INDIVIDUEL** contenant 2 litres d'eau.

● **LA GRENADE FUMIGÈNE :** il faut en avoir toujours une sur soi, en prévision d'une évacuation sanitaire aérienne inopinée.

• LE POSTE DE RADIO : en cas d'opération d'infanterie, le poste *Walkie-Talkie*, préréglé sur les fréquences des compagnies, est suffisant ; les liaisons lointaines se feront par le relais du P.C. Compagnie et du P.C. Bataillon.

En cas d'opération motorisée ou lors de travail à l'arrière des premières lignes, on peut demander l'adjonction à l'équipe sanitaire d'un opérateur radio avec son poste type A.N.P.R.C. 10, permettant le contact direct avec le P.C. Bataillon et, en cas d'évacuation aérienne, de pratiquer cette dernière sur les lieux mêmes de l'accident, en entrant directement en contact avec l'hélicoptère.

• LE SAC A DOS, dit *Musette toutes armes* : son contenu est en général fixé par le commandement et correspond au nécessaire pour 24 heures (vivres et couchage).

• LE MATÉRIEL MÉDICAL : nous en arrivons ainsi à la partie de l'équipement concernant le rôle du médecin sur le champ de bataille.

Nous avons personnellement :

a) D'une part, une petite enveloppe de matière plastique contenant :

- 2 garrots ;
- 2 pansements individuels de petit modèle ;
- 2 syrettes auto-injectables de morphine ;
- 2 syrettes de camphrosulfonate.

Cette enveloppe placée dans une poche permettant de résoudre de nombreux problèmes dans un premier temps, lorsque le facteur rapidité est primordial.

b) D'autre part, une trousse médicale. Cette trousse sera préparée par le médecin, sélectionnant les appareils et produits qu'il préfère afin d'agir, toujours plus vite, pour les cas dépassant le cadre des indications du garrot.

Bien qu'il ne saurait y avoir de règle en la matière, nous donnerons la composition de la trousse que nous avons préparée :

- 2 pansements individuels grand modèle (type thoracique) ;
- une boîte contenant des bandes, des compresses, un flacon d'antiseptique ou un étui de 10 ampoules ;
- pinceaux de teinture d'iode ;
- 4 ampoules de pénicilline injectable ;
- 6 sachets de poudre de sulfamide ;
- 4 ampoules de sérum antitétanique.

On joindra à cette boîte, selon la région où ont lieu les combats :

- 2 ampoules de sérum antivenimeux (antiviperin, antiscorpionique).

Cette boîte servira pour la plupart des plaies ;

- une boîte contenant des anesthésiques locaux (procaïne ou lignocaïne) auxquels nous réservons personnellement une place d'honneur en médecine de combat, selon des indications que nous détaillerons par la suite ;
- une boîte d'ampoules de sérum physiologique (à utiliser pour nettoyer les plaies trop souillées) (cette boîte peut être considérée comme un luxe et supprimée sans grand dommage).

Analgésiques :

- Morphine 2 ampoules — 2 syrettes
- Péthidine 2 ampoules
- Phénergan 4 ampoules
- Diparcol 2 ampoules
- Phénobarbital 2 ampoules
- Atropine 2 ampoules

Tonicardiaques :

- Huile camphrée 2 ampoules
- Camphosulfonate 5 ampoules
- Nicétamide 2 ampoules
- Spartéine 2 ampoules
- Adrénaline 1 ampoule
- Aphétamine dextrogire 2 ampoules

c) Une boîte avec :

- pinces de Kocher et matériel à ligatures, fil et aiguilles de Reverdin ou aiguilles serties ;
- ciseaux, bistouri, pince à griffes ;
- nécessaire à trachéotomie, si l'on en possède un, afin de pouvoir, si nécessaire, pratiquer l'intervention. De toute façon, il faudra la renvoyer à un deuxième temps, car il sera presque toujours impossible de trachéotomiser au ramassage.

Nous avons pris l'habitude de joindre à notre trousse :

- un flacon de collyre antiseptique ou antibiotique.

Le matériel à ligature permettra, soit exceptionnellement de réaliser une hémostase pour laquelle le garrot ne saurait être employé — plaie veineuse du cou par exemple —, soit plus souvent de lever précocement le garrot à la première halte.

Exemple personnel : plaie au deuxième espace interdigital saignant en jet saccadé, traitée par garrot ; le garrot est levé, une ligature appuyée est placée sur chacune des extrémités de l'artère palmaire sectionnée. Pansement simple.

— Gain : confort du blessé ; suppression : des délais d'évacuation ; de la surveillance du blessé ; des risques du garrot.

Le sphygmanomètre ne nous semble guère indispensable ; son utilisation sur le champ de bataille — utilisation purement diagnostique — n'est guère pratique ; il vaut mieux poser un diagnostic de gravité d'après le facies, l'agitation, le siège des lésions, le pouls du blessé.

Nous n'avons jamais eu à nous servir d'un stéthoscope au combat, et nous avons fini par le supprimer de notre trousse, ainsi que le sphygmanomètre.

La trousse que porte le médecin doit lui permettre :

- de donner les soins habituellement donnés par les infirmiers et brancardiers, ce qui lui permettra, en cas de besoins, de ventiler les éléments de son groupe sanitaire auprès des sections de combat ;
- de donner les soins ressortant à sa compétence, sans être tributaire de la proximité d'un porteur.

Nous avons composé notre trousse personnelle dans un sac à grenades à fusil, matériel perdu, facile à se procurer en unité combattante, pouvant être porté soit à la ceinture, soit en bandouillère, grâce à ses diverses suspensions.

L'ensemble de cet équipement, personnel et médical, représente une lourde charge et un volume important.

Le problème qui se pose alors sera, en cas d'un appel banal pour accident, blessure par fait de guerre, en dehors des opérations militaires proprement dites (bombardement à l'arrière par exemple), du matériel à emporter et en cas d'opération importante du port de ce matériel.

Dans le premier cas, accident ou fait de guerre à distance des combats, il conviendra de reconnaître deux éventualités selon le nombre des blessés :

1) *Il y a de nombreux blessés :*

- camion chargé d'hommes de troupe se renversant ;
- explosion d'un stock de munitions ;
- bombardement d'un campement à découvert ou d'une agglomération civile proche, les abris y étant en général moins nombreux que dans les camps militaires.

Il est nécessaire, dès l'appel, de prévoir des secours appropriés à la gravité du fait ; avant de quitter son poste, le médecin s'assure des liaisons et se rend sur les lieux avec un véhicule sanitaire contenant le matériel médical lourd — attelles, sacs de pansements et trousse de campagne de médecin du Service de Santé —, trousse inutilisable étant donné son poids et son encombrement en dehors des déplacements motorisés.

2) *Il y a un ou deux blessés :*

- accident de circulation de voiture légère ;
- explosion de mine, accident d'arme...

Le médecin appelé emporte :

- son arme ;
- une grenade fumigène ;
- une trousse de médecin (trousse personnelle) ;
- un carnet de fiches médicales d'urgence.

Si la trousse emportée est la trousse « personnelle », dans ce cas, sauf le carnet de fiches médicales d'urgence que l'on mettra dans une poche du pantalon de combat avec la carte d'état-major, tout le reste s'accroche au ceinturon.

Le médecin pourra partir avec son ambulance et son équipe médicale, mais il pourra partir également seul avec un véhicule rapide si la nécessité s'en fait sentir ; il faudra alors placer dans le véhicule le nécessaire à appareiller les fractures.

En cas d'accident survenu loin de tout cantonnement et si l'équipe de secours risque de se trouver seule sur les lieux, des liaisons radiophoniques sont indispensables.

En cas d'opération militaire d'infanterie, le médecin se trouvera face à un problème personnel consistant à équilibrer sa propre charge, afin de pouvoir suivre le rythme des troupes auprès desquelles il est attaché.

Afin de souffrir au minimum de la fatigue, il lui faudra équilibrer sa charge de telle sorte que la résultante des poids des divers éléments de sa charge passe par son propre axe de gravité, afin d'aboutir vers le centre du polygone de sustentation.

Or cette charge comportera :

- arme individuelle ;
- grenade fumigène ;
- bidon rempli (*indispensable*) ;

ces éléments devant se porter à la ceinture.

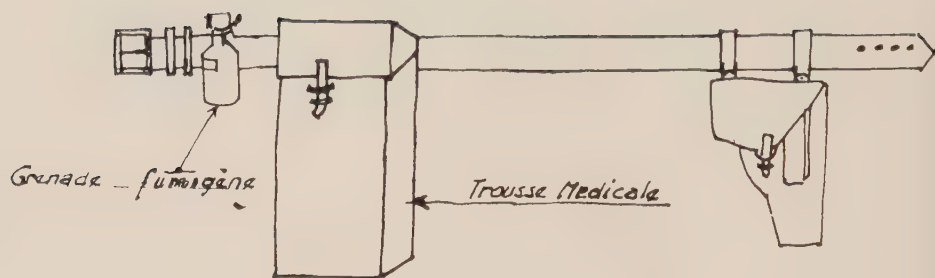


FIGURE 1

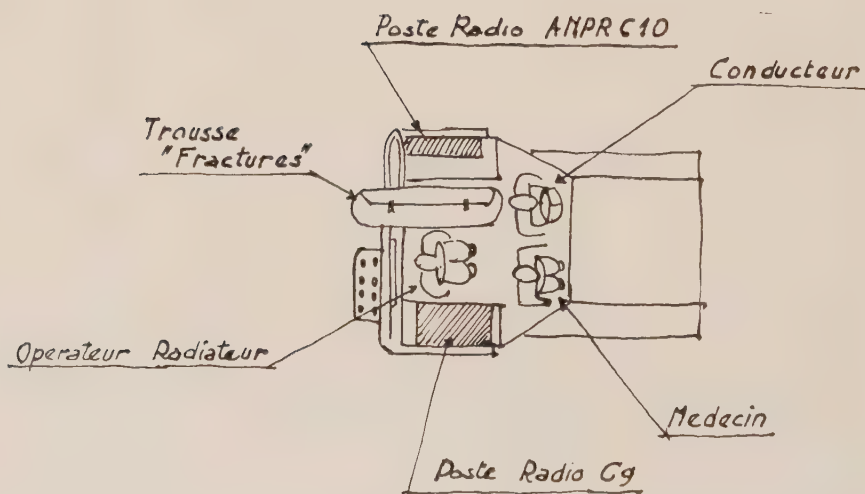


FIGURE 2

Jeep-radio utilisée pour liaison médicale

Puis :

- le sac individuel ;
- la trousse médicale ;

à porter aux épaules.

C'est en apprenant à équilibrer lui-même sa charge que le médecin arrivera à être le meilleur conseiller technique pour éviter la fatigue des hommes.

Le ceinturon de cuir n'est qu'un mauvais point d'appui n'opposant qu'une faible réaction aux forces de pesanteur ; il finira par glisser vers le bas jusqu'aux crêtes iliaques et, par frottement à travers la veste de combat, fera descendre la ceinture du pantalon de 2 ou 3 cm ; la baisse équivalente de l'entre-jambe du pantalon réalisera une entrave à la marche au niveau des cuisses, entrave légère mais fatigante en cas de marche prolongée.

D'autre part, les objets suspendus par des passants frottant contre les cuisses sont peu à peu entraînés et se déplacent vers l'avant, pour finir par battre le ventre du marcheur à chaque pas.

Par l'emploi du harnais de cuir en Y, on supprime la chute du ceinturon, suspendu aux épaules, mais la fonte à pistolet se trouve alors trop en avant, battant l'aine à chaque pas.

Le nouvel équipement de toile, ceinturon et bretelles, permet la suspension du ceinturon aux épaules et empêche le déplacement de l'arme et du bidon fixés par des crochets à des œilletons du ceinturon.

Nous avons personnellement préféré un montage spécial, très reposant, réalisé avec :

- un ceinturon de cuir ancien modèle ;
- une gaine de pistolet du type dit « bretelle mexicaine », d'un modèle particulier :

Gaine sans rabat, portée sous l'aisselle gauche, suspendue par une large courroie de cuir à l'épaule gauche et fixée à son extrémité inférieure au ceinturon par un passant réglable.

De la partie supérieure de la courroie de suspension à l'épaule gauche, part une bretelle très large en tissu élastique robuste qui passe derrière la nuque de l'homme, par-dessus l'épaule droite, verticalement devant la poitrine sur la ligne mamelonnaire, et se termine par un passant dans lequel coulisse le ceinturon ; cette bretelle élastique est de longueur réglable : elle empêche que la fonte du revolver ne glisse le long de l'épaule gauche ; elle provoque en même temps une ascension du ceinturon à droite : on y remédie en suspendant la gourde pleine au ceinturon, au niveau du flanc droit, en arrière de la fixation de la bretelle.

Pistolet et gourde sont portés suspendus en travers des épaules par l'intermédiaire de la sangle élastique ne causant aucune fatigue. Le bidon, qui aurait tendance à glisser vers l'avant, en est empêché par l'attraction vers le haut du ceinturon par la bretelle de caoutchouc.

Le ceinturon lui-même ne représente plus qu'un point d'appui très secondaire et peut être porté lâche, ce qui ajoute encore au confort ; il ne reste plus qu'à accrocher la grenade fumigène au ceinturon à gauche, sous l'étui à pistolet.

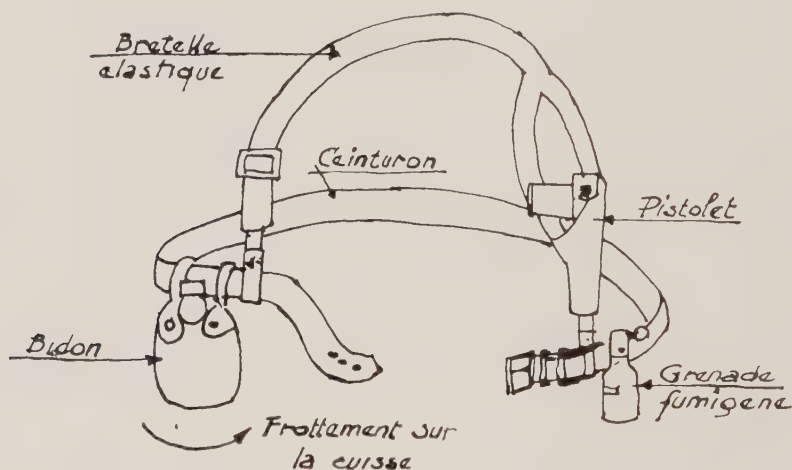


FIGURE 3

Il reste maintenant à équilibrer l'ensemble musette - trousse sanitaire.

La musette — vivres 24 heures et couchage — est portée au dos comme d'habitude, pendue aux épaules.

La trousse sanitaire, préparée dans la sacoche à grenades à fusil, sera portée sur la poitrine par l'intermédiaire de sa bretelle de toile, accrochée aux anneaux de suspension.

L'ouverture de la trousse sera dirigée vers l'avant, la sangle de toile fixée à l'anneau de l'angle supéro-postérieur gauche passe par-dessus l'épaule gauche de l'homme, coulisse dans le passant médian des bretelles de la musette, passe par-dessus l'épaule droite et se fixe à l'anneau de l'angle supéro-postérieur droit.

L'ensemble musette-trousse réalise ainsi une sorte de chasuble dont le ballottage est empêché par l'enroulement autour des épaules des bretelles propres à la musette.

L'homme portant seulement un sac à dos accroché aux épaules tend à basculer en arrière sous l'effet de la composante 'A', oblique en bas et en arrière du poids P du sac, composante dirigée dans l'axe des bretelles (fig. 4).

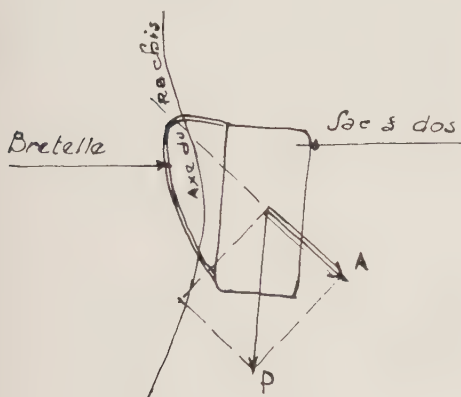
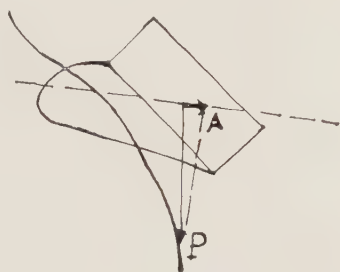


FIGURE 4



flexion du tronc sur le bassin

$\vec{A}$ tend vers O

FIGURE 5

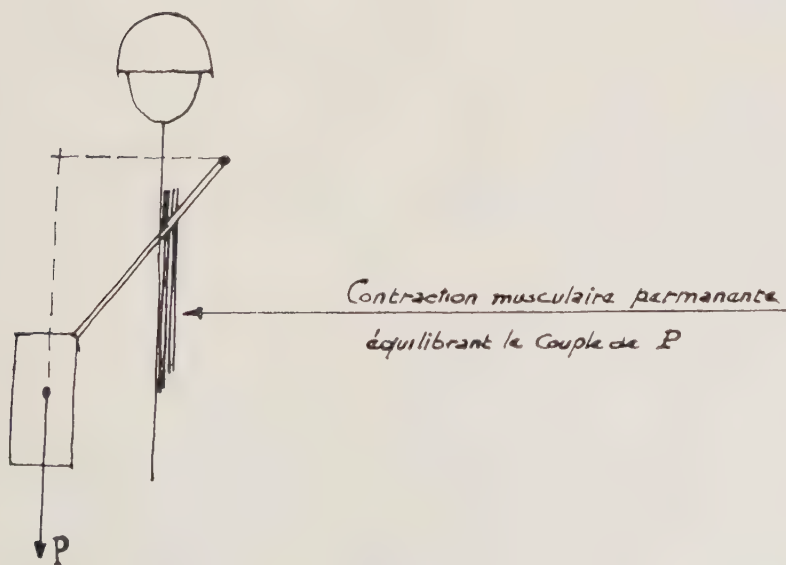


FIGURE 6

Le porteur devra se pencher en avant, la flexion du tronc sur le bassin entraînant une horizontalisation de la composante A qui diminue et finit par s'annuler.

Cette flexion demandant une contraction permanente des fléchisseurs du tronc sur le bassin durant toute la marche, ce qui accroît la fatigue de l'homme.

De plus, le point d'application de la composante A ou du couple de P par rapport au rachis de l'homme se trouve réduit à la portion des bretelles appuyées à la face antérieure des épaules au-dessus du sillon delto-pectoral, région devenant rapidement douloureuse (*fig. 5*).

Si le médecin portait seulement une trousse médicale en bandouillère, le couple de la force représentée par le poids de la trousse tend à faire vasculer le porteur sur le côté — il y a compensation par contraction permanente des muscles latéraux opposés du rachis et augmentation de la fatigue.

Le point d'application du poids de la trousse, situé à la jonction du cou et de l'épaule, devient très rapidement douloureux (*fig. 6*).

Le port simultané du sac à dos et de la trousse en bandouillère ne donnera qu'une addition des efforts et de la fatigue sans le moindre avantage.

La réalisation de notre montage personnel nous a donné les plus grandes satisfactions, tant sur le plan fatigue musculaire que douleur aux points de pression des sangles.

En effet, à condition de porter la trousse suffisamment haute sur la poitrine, les couples des forces représentant le poids des deux parties du chargement tendent à s'équilibrer et d'autant plus que le poids des deux sacs est voisin.

L'expérience nous a prouvé que le poids d'une trousse semblable à celle dont la composition a été donné plus haut, correspond sensiblement à celui d'une « musette toutes armes » contenant un sac de couchage complet :

- 24 heures de vivres ;
 - 1 imperméable ;
 - 1 toile de tente individuelle
- (composition type des sacs à dos pour 24 heures).

Dans le cas — idéal — où les poids seront égaux, la résultante des forces sera verticale, dirigée vers le bas, et son point d'appui sera situé au milieu de la ligne joignant les points d'appui des deux forces composantes ; ce qui correspondra sensiblement au rachis. Le poids sera donc porté par la colonne osseuse avec un minimum d'effort musculaire (*fig. 7*).

La trousse sera portée libre à sa partie inférieure, ce qui permettra en cas de besoin à son porteur, de se jeter à terre en la relevant en avant de sa tête et de présenter le moins de surface possible au tir de l'ennemi (*fig. 8*).

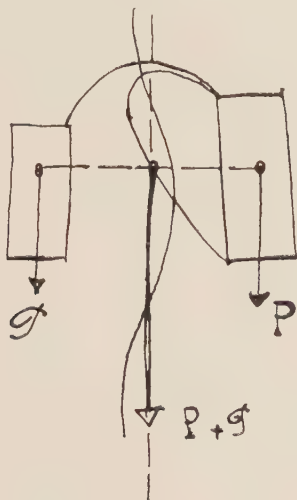


FIGURE 7



FIGURE 8

Il est à noter que si l'on voulait simplifier le montage en portant :

- le sac à dos aux épaules ;
- et la trousse sur la poitrine tendue à la nuque ;

la résultante des poids serait bien dirigée selon l'axe du rachis, mais les composantes horizontales, étant donné la différence de niveau des points d'application :

- premières vertèbres dorsales pour le sac à dos, par l'intermédiaire des épaules ;

— vertèbres cervicales moyennes pour la trousse, la sangle de suspension étant maintenue à ce niveau par la saillie des muscles trapèze ;
produiraient un effet de cisaillement antéro-postérieur tendant à porter en avant l'extrémité supérieure du rachis.

Cet effet de cisaillement ne pourrait être combattu que par une contraction permanente des muscles rachidiens cervicaux (*fig. 9*).

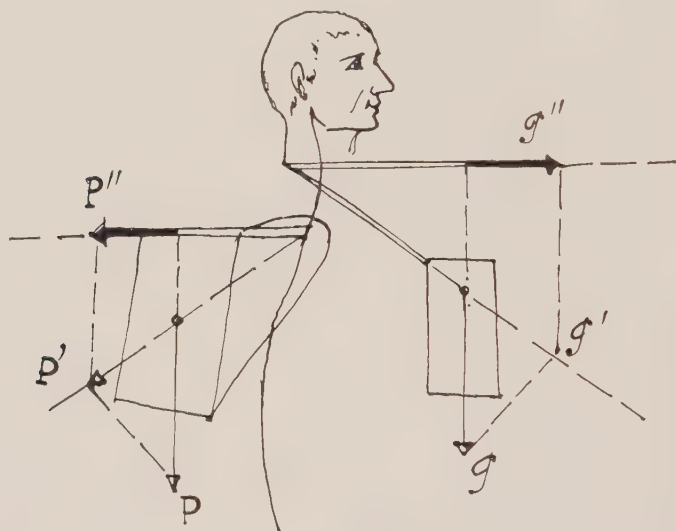


FIGURE 9

II. — UTILISATION SANITAIRE DES VÉHICULES DE COMBAT

Nous passerons sous silence les ambulances automobiles routières de différents modèles, lesquelles ne devraient être utilisées que lors de liaisons sanitaires de l'arrière ou lors d'évacuation prévues en accord avec la partie adverse ; elles sont en effet volumineuses, visibles, non protégées.

Deux véhicules sanitaires pourront être utilisés au combat :

L'AMBULANCE BLINDEE « HALF-TRACK » SEMI-CHENILLEE

Ce modèle réunit tous les inconvénients des sanitaires routières, mais présente certains avantages :

- Le véhicule est utilisable en « tous terrains », grâce à ses chenilles et à son rouleau de franchissement de fossés.
- Le blindage, protégeant les organes mécaniques (volets de protection du radiateur), met le personnel transporté à l'abri des éclats à trajectoire horizontale ou ascendante (cas le plus fréquent et le plus dangereux pour les obus percutants : éclats à grande vitesse).

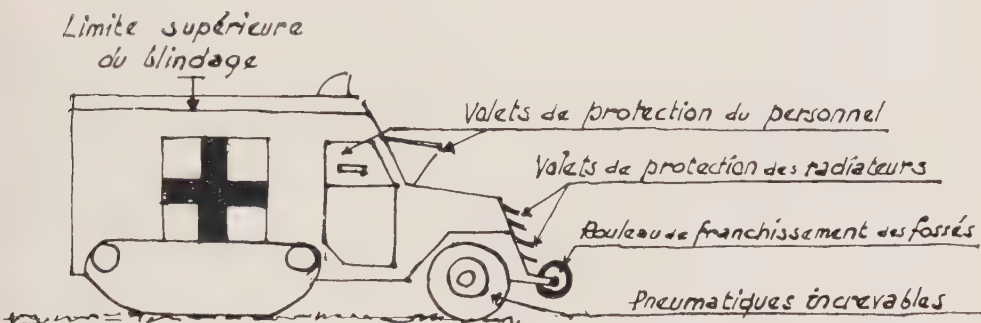


FIGURE 10

Par contre, le toit du véhicule, non protégé, n'offre aucune protection en cas de tir d'obus « fusants ». (Nous avons eu l'occasion de voir un toit de Half-Track sanitaire traversé par des éclats d'obus de mortier de 81 mm, obus ayant éclaté en hauteur dans les branches d'un arbre.

- Un avantage, peut-être non prévu mais réel, est la haute température régnant à l'intérieur, température très gênante pour le conducteur, mais utile lors du transport de blessés choqués.

LA JEEP PORTE-BRANCARDS

Petite, rapide, maniable, son manque de protection est racheté par sa vitesse et sa maniabilité qui en font une mauvaise cible ; la relève et l'installation des deux blessés transportés sont ralenties par la

disposition longitudinale des deux brancards dont les poignées, entourant le conducteur et le chef de bord, gênent considérablement ces deux hommes. Toute surveillance des blessés transportés est impossible.

Nous abordons maintenant l'adaptation aux missions sanitaires des véhicules de combat. Tous peuvent être utilisés, mais deux conviennent particulièrement :

- la Jeep ;
- le Half-Track de combat.

Ces véhicules ne peuvent transporter qu'un blessé couché.

• LA JEEP

Le brancard est posé perpendiculairement à l'axe de la voiture, à l'arrière de cette dernière ; les poignées du brancard dépassant de chaque côté du véhicule, le conducteur doit tenir compte de ce fait.

Le brancard se pose d'une façon très stable, ses pieds s'encastrent entre les côtés de la voiture ; il suffit d'une courroie pour solidariser une poignée du brancard avec un montant du toit replié de l'automobile.

En même temps que le brancard, un homme peut s'installer à l'arrière, assis sur un des coffres de côté, et surveiller le blessé. A l'avant, les conducteur et chef de bord sont libres de leurs mouvements.

Le personnel peut quitter le véhicule en voltige, installer le blessé et reprendre son poste avec le minimum de temps.

Par rapport à la Jeep porte-brancards, la perte d'un brancard est, à notre avis, amplement récupérée par le gain en rapidité de manœuvre.

• LE HALF-TRACK

Un seul blessé couché peut être transporté, le brancard étant posé sur le plancher arrière du véhicule, longitudinalement.

Le véhicule, semi-chenillé, est tous terrains ; la longueur et la surface des bandes de roulement du pont arrière permettent à très faible allure d'effacer les irrégularités du terrain. Sa hauteur au-dessus du sol lui permet de se mettre assez facilement à défilement des vues ou de se confondre contre un gros talus ou des broussailles.

Enfin, l'absence de toit permet une meilleure résistance du personnel transporté en cas de coup au but par roquette, la force vive de l'explosion se dispersant vers le haut.

III. — LES ÉVACUATIONS SANITAIRES PAR AIR

Notre but n'est pas de rappeler les impératifs techniques concernant les atterrissages des hélicoptères, impératifs faisant l'objet de nombreuses instructions, mais d'insister sur certains détails pratiques :

- Nécessité de savoir se servir correctement d'un émetteur-récepteur de radiophonie.
- Nécessité de savoir s'orienter et se repérer sur le terrain et la carte, afin de faire pratiquer l'évacuation dès que l'on découvre un terrain pouvant servir d'aire d'atterrissage (ou « Drop Zone » ou D.Z.).
- Intérêt de la grenade fumigène indiquant, sans risque d'erreur, au pilote la direction du vent pour son atterrissage ; grenade fumigène dont le médecin doit posséder un exemplaire en permanence.

Il n'existe pas de demande type d'appui aérien, ou plutôt il en existe *une* par grande unité, ne différant entre elles que par des points de détail ; nous donnerons un modèle de demande d'évacuation sanitaire aérienne, utilisable dans la majorité des cas :

Modèle de demande d'évacuation sanitaire

1° Prise de contact :

X... (indicatif du P.C.). De Y... (indicatif du médecin).

X... de Y..., ici Y..., qui vous appelle. A vous.

2° Le contact une fois obtenu, passer le message suivant :

Message « flash » pour vous

DEM/EVAC vitale (ou non vitale)

Passer le groupe date heure

Autorité origine Y...

Autorité destinataire X...

Donner le nombre des blessés.

Préciser « assis » ou « couchés ».

Demander si nécessaire :

— Réanimation sanguine.

— Réanimation respiratoire.

— Surveillance médicale.

(La demande de surveillance ou de réanimation entraîne un délai de trente minutes supplémentaires,

les gros porteurs équipés spécialement ne pouvant décoller avec moteurs froids ; il faudra en tenir compte pour choisir entre :

- une évacuation rapide sans surveillance ;
- et une évacuation plus lente avec réanimation.)

D.Z. installée en (donner alors les coordonnées « chasse »).

Collationnez.

Je reste en Q.A.P. (écoute permanente afin d'avoir la réponse de la base aérienne).

IV. — PRÉPARATION DES OPÉRATIONS MILITAIRES

Le médecin doit prendre part au « briefing » préparatoire. Sa formation militaire de base doit lui permettre de tirer les renseignements nécessaires quant à l'organisation du Service de Santé, de l'exposé qui y est fait. Selon l'ordre d'opération et la topographie du terrain qui doit être traversé, il pourra prévoir les modifications à apporter au matériel médical.

Selon le personnel infirmier présent sur les rangs des compagnies de combat, il renforcera le potentiel sanitaire de celles le nécessitant, en y détachant ses hommes.

Le médecin pourra également, d'après la topographie du terrain où se déroulera l'opération, prévoir des D.Z. d'urgence.

Enfin, si sa place ne lui est imposée par le commandement, il lui appartiendra de la choisir, en fonction de son rôle et de l'effectif engagé.

En cas d'opération engagée à l'échelon E.M.T. (ou groupe de compagnies), deux cas peuvent se présenter :

1) Une seule compagnie risque un engagement sérieux, les autres n'étant chargées que d'un rôle de couverture.

C'est avec cette compagnie que le médecin se trouvera, son équipe sanitaire jointe à la section de commandement ; grâce aux radios du P.C. Compagnie, il sera en relation avec les diverses sections de combat.

Les blessés, qu'il aura évacués de l'avant, munis de leurs fiches d'évacuation signées, sur le P.C./E.M.T., quitteront ce dernier selon les consignes passées par le médecin par message radio.

2) Plusieurs compagnies seront engagées, avec des risques similaires, à des distances non négligeables.

Le médecin se tiendra alors au P.C./E.M.T. et y soignera les blessés qui lui seront envoyés, ou bien il se dirigera vers le lieu où l'on réclame son aide.

En cas d'opération à l'échelon compagnie (reconnaissance, embuscade), la place du médecin sera à la section de commandement de la compagnie ; la faible dispersion sur le terrain de l'effectif lui permet, en se tenant au centre du dispositif, de se porter très rapidement vers l'un des points quelconques occupés par les sections de combat, si le besoin s'en fait sentir.

Nous dirons donc que :

— En cas d'opération à caractère dynamique (reconnaissance, ratissage, attaque) :

La place du médecin sera auprès de l'élément le plus engagé, c'est-à-dire risquant le plus d'avoir besoin de lui.

Si les divers éléments courent les mêmes risques, sa place sera au centre du dispositif réalisé.

— En cas d'opération à caractère statique (occupation de certains points du terrain) :

Le médecin se tiendra au P.C. régional, afin de pouvoir couvrir le maximum de postes différents ; son installation dans l'un des postes risquerait, étant donné le caractère statique du poste et les facilités pour l'adversaire de l'encercler, de l'empêcher, au moins épisodiquement, de remplir sa mission pour le reste de sa région.

CHAPITRE III

PRATIQUE MEDICALE A L'INFIRMERIE

L'exercice de la médecine à l'infirmerie du bivouac sera en général des plus réduits. Il y a peu de consultants dans les unités opérationnelles.

Cependant, ce petit nombre de consultants ne manquera pas de poser au médecin quelques problèmes tant cliniques que thérapeutiques.

Sur le plan clinique, nous distinguerons :

a) Tout d'abord :

- les cas se présentant avec la même fréquence que dans une collectivité quelconque ;
- le pourcentage d'appendicites aiguës sera évidemment le même que pour tout autre rassemblement humain de même importance numérique ;

cas sur lesquels nous n'insisterons pas davantage.

b) Par la suite, les cas pathologiques se présentant avec une fréquence particulière en relation directe avec le mode de vie des hommes.

Cette pathologie, spéciale aux troupes en opérations, tient :

- à la vie sous la tente ;
- au surmenage physique ;
- à l'exposition au froid et à l'humidité en hiver ;
- à la chaleur en été ;
- à l'alimentation déséquilibrée ;
- à l'eau de boisson souvent polluée ;
- à l'insuffisance de l'hygiène corporelle.

Nous n'étudierons que les principaux cas se présentant couramment et composant la majorité des syndromes que l'on aura à examiner aux consultations médicales du bivouac.

Ces principaux diagnostics ont le plus souvent :

- l'avantage de la bénignité, mais ils tendront par cela même le piège des complications rares mais possibles ;
- ou d'un syndrome de symptomatologie voisine, mais de diagnostic et de pronostic grave, qu'il faudra dépister à temps ; la conséquence thérapeutique étant évidemment différente.

Evacuation vers une formation sanitaire implantée à l'arrière, en cas de gravité.

Traitement au Corps, avec courte exemption de service ou d'opération, en cas de maladie bénigne.

I. — PATHOLOGIE CHIRURGICALE

La pathologie chirurgicale se réduit presque uniquement à :

- L'ENTORSE : entorse tibio-tarsienne latéro-externe ; survenant le plus souvent à la fin d'une journée de marche, à la suite d'un faux pas sur un terrain inégal ; elle passe le plus souvent inaperçue sur le moment, tout au plus un léger tiraillement intermittent se fait-il sentir.

Ce n'est que le lendemain, après une nuit de sommeil, que l'homme se trouve dans l'impossibilité de poser le pied à terre, et se porte consultant.

A l'examen : l'œdème est important, noyant les repères anatomiques ; l'hématome est presque toujours constant. La face externe du cou-de-pied est douloureuse dans sa totalité ; si l'œdème n'est pas trop important, on peut localiser la douleur provoquée le long du bord antérieur de la malléole péronière.

Si le diagnostic est évident, l'appréciation de la gravité est fort délicate ; l'argument de fréquence est pour la bénignité, quels que soient l'importance de l'œdème et de l'hématome.

Aussi, le premier traitement se bornera à une exemption de service de quarante-huit heures, avec massages deux à trois fois par jour avec l'embrocation procain e-camphrée du Service de Santé Militaire ; seuls les sujets accusant une augmentation de la douleur après vingt-quatre heures de traitement seront dirigés sur l'hôpital le plus proche pour examen radiologique.

A l'issue du traitement de quarante-huit heures, quelques sujets nécessitent un renouvellement du repos et des massages pour deux ou trois jours.

Finalement, moins de 2 % des cas seulement nécessitent une immobilisation plâtrée (pour plus de 200 cas examinés à nos infirmeries de bataillon).

• LA PETITE TRAUMATOLOGIE est en rapport avec les travaux effectués au bivouac ; le montage et le démontage des tentes, les merlonnages de pierres que l'on monte, les terrassements divers... sont à l'origine d'écrasements des doigts, de plaies, d'hématomes, en général aussi bénins que nombreux.

II. — PATHOLOGIE MÉDICALE

La pathologie médicale se révèle plus riche.

• L'APPAREIL DIGESTIF est souvent en cause et la diarrhée le maître-symptôme.

Très fréquente, elle est en général bénigne et cède à la prise de 5 grammes de sulfaguanidine.

Le ravitaillement en eau étant souvent difficile, les points d'eau rencontrés, fréquemment pollués, et la désinfection prévue (des pastilles de chloramine sodique sont jointes à chaque boîte de ration pour vingt-quatre heures) n'étant que rarement appliquée, les récurrences sont très fréquentes. Fort heureusement, le même traitement permet de juguler chaque poussée. Cette diarrhée banale, plus fréquente en saison chaude, ne doit pas faire négliger la recherche d'un agent causal spécifique.

Le traitement par la sulfaguanidine, parfois associé à des thérapeutiques symptomatiques (élixir parégorique, charbon), est rendu nécessaire :

- par la situation géographique du bivouac ;
- par la nécessité de ne pas diminuer l'effectif de la troupe.

Cependant, si la diarrhée persiste, il devient nécessaire d'évacuer le sujet atteint vers un hôpital ou, du moins, une infirmerie fixe où il sera possible de pratiquer une recherche de parasites et de germes pathogènes.

Nous opérons de la façon suivante :

- Diarrhée avec signes généraux : fièvre, asthénie : *évacuation*.
- Diarrhée avec rectorragie : *évacuation*.
- Diarrhée simple : *sulfaguanidine, 5 g en une prise avec 2 comprimés parégoriques*.

En cas de persistance : même traitement le lendemain et éventuellement le surlendemain.

En cas d'échec après trois jours de traitement : *évacuation*.

• LES AFFECTIONS PULMONAIRES sont plus fréquentes en hiver, se présentant comme des PNEUMOPATHIES ATYPIQUES.

La fièvre peut atteindre 39°-40° ; coryza et larmolement sont fréquents. L'asthénie est importante. Le malade tousse légèrement.

L'auscultation ne décèle que des râles sous-crépitaux, parfois en foyer unique, plus souvent en foyers nombreux.

L'évolution est bénigne, rapide, durant en moyenne *de quarante-huit heures à quatre jours*, avec le traitement quotidien :

— Huile eucalyptolée camphrée : 1 ampoule de 5 cm³ I.M.

— Pénicilline : 1 million.

— Streptomycine : 1 gramme.

Ou bien, 4 fois par jour :

— Tétracycline : 1 dragée à 0,25.

— Polysulfamides ou sulfadiazine : 3 comprimés à 0,50.

La bénignité ordinaire de ces pneumopathies que l'on ne peut éviter chez ces sujets vivant à découvert dans des conditions climatiques rigoureuses, ne saurait évidemment faire négliger la possibilité d'une atteinte tuberculeuse chez ces hommes soumis de plus au surmenage physique, atteinte tuberculeuse qu'il faudra rechercher en cas d'évolution traînante.

• L'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE est représentée essentiellement par les angines, surtout l'hiver.

Angines rouges ou érythémato-pultacées banales, réagissant favorablement au traitement — antibiotiques et au repos sous la tente.

Les complications sont rares :

Un cas de rhumatisme articulaire aigu certain pour un effectif de 400 à 500 hommes en huit mois.

• LA DERMATOLOGIE offre l'éventail le plus étendu d'affections diverses.

Il semble qu'il faille incriminer tout spécialement :

— En premier lieu, le défaut d'hygiène : hygiène corporelle tout d'abord, mais aussi hygiène vestimentaire. Les vêtements difficilement lavés finissent par être recouverts, surtout aux plis, coutures et points de frottement, d'un amalgame de poussière et de transpiration durcissant encore le tissu.

— Le linge de corps reste humide et favorise la macération.

Dans ces conditions, de nombreuses dermo-épidermites microbiennes ou mycosiques apparaissent :

— Eczématides pré-sternales ou « flanellides » de la saison froide.

- Mycoses inguino-scrotales, désespérément tenaces, apparaissant surtout en été, mais persistant en hiver, extrêmement prurigineuses et douloureuses ; aux points de frottement finissent par apparaître des ulcérations, la macération augmente encore les lésions.

Nous avons eu l'occasion d'étudier tout particulièrement un cas d'eczéma marginé d'Hébra comportant, outre les placards inguinaux, des médaillons circulaires de 2 à 3 cm de diamètre, disposés en peau saine à la face antéro-interne des cuisses ; rebelle au traitement, ayant évolué pendant quatre mois avec une résistance complète à la teinture d'iode et une légère amélioration des signes subjectifs — douleurs et prurit — par la pommade de Whitefield.

Cette mycose a guéri, après rapatriement, en deux mois d'hygiène journalière et de soins bi-quotidiens avec un vernis comportant un ester de l'acide benzoïque.

- L'impétigo se rencontre assez rarement. Il pourra être traité au Corps, à condition d'adjoindre au traitement local, par la pommade à l'oxyde jaune de mercure ou par la solution violette de Milian, un traitement général de sulfamides *per os*. Nous n'avons jamais observé ainsi de cas de contagion.
- Les staphylococcies cutanées, par contre, sont extrêmement fréquentes, sous forme de furonculose banale ou d'ecthyma térébrant, traduisant une atteinte de l'état général par surmenage physique, régime alimentaire déséquilibré pauvre en vitamines.

En cas de furonculose, le traitement sera pratiqué au Corps. Traitement local par les pommades au collargol ou à la chlor-tétracycline, les attouchements à la teinture d'iode ou au mercurochrome. Traitement général comportant la levure de bière, les vitamines C et B, le cacodylate de soude, parfois l'autohémothérapie. Les sujets atteints d'ecthyma seront dirigés vers un hôpital.

Il ne nous semble pas possible de chiffrer ou d'établir de pourcentage de ces diverses affections. Leur apparition et leur extension variant en fonction directe des conditions dans lesquelles se trouve la troupe : conditions changeant sans cesse pour une troupe se déplaçant.

Le seul fait de bivouaquer dans une région riche en points d'eau suffisant pour faire disparaître en quelques jours la plupart des dermatites microbiennes.

D'après notre expérience, nous mettons en cause surtout l'insuffisance d'hygiène. Nous n'avons eu que très rarement l'occasion de voir des dermites staphylococciques en hiver ; par contre, en été, lorsque la plupart des points d'eau sont à sec et que l'eau doit être rationnée, les furoncles font leur apparition. Le surmenage physique et les carences alimentaires ne jouent qu'un rôle adjuvant.

Au cours de l'été, nous avons pu observer dans 2 compagnies de 150 hommes, installées sous tentes toutes deux, à 2 km l'une de l'autre, l'une étant statique et l'autre engagée dans diverses opérations de jour et de nuit, les nombres suivants de staphylococcies cutanées :

- 2 à 5 pour la compagnie statique ;
- 10 à 15 pour la compagnie de marche.

Il n'est pas possible de distinguer la part de responsabilité du surmenage physique de celle du déséquilibre alimentaire : les rations de combat composées de conserves étant consommées uniquement par les troupes en opérations.

Sur le plan thérapeutique, le médecin civil, rompu à l'emploi de spécialités pharmaceutiques, sera souvent désorienté par la liste des produits mis à sa disposition, produits de base présentés sous leur nom commun.

Les prescriptions en seront souvent compliquées, de nombreux comprimés ou ampoules injectables devant être prescrits simultanément.

Nous en donnerons quelques exemples, comparant les traitements d'affections fréquentes tels qu'ils auraient été prescrits à des malades civils, et tels qu'ils le sont à des consultants militaires.

• TRAITEMENT D'UN SYNDROME GRIPPAL SANS EXPECTORATION

Traitement civil :

- Dragées associant : quinine et vitamine C, ou antipyrine, quinine, vitamine C ;
 - Comprimés d'aspirine vitaminée B1 ;
- soit deux formes différentes spécialisées.

Traitement en milieu militaire :

- Comprimés de quinine ; comprimés de vitamine C ;
 - Comprimés d'antipyrine ; comprimés d'aspirine ;
 - Comprimés de vitamine B1 ;
- soit cinq produits différents élémentaires.

• TRAITEMENT D'UN SYNDROME GRIPPAL AVEC EXPECTORATION
ET HYPERTHERMIE

Traitement civil :

- Comprimés associant : chlortétracycline et 3 sulfamides différents ;
 - Ampoules injectables : camphre, eucalyptol, créosote ;
- soit deux formes spécialisées différentes.

Traitement en milieu militaire :

- Dragées de tétracycline ;
 - Comprimés de polysulfamides ;
 - Ou huile eucalyptolée composée ;
- soit trois produits différents ;
- Ou huile eucalyptolée simple ;
 - Et camphosulfonate ;
- soit quatre produits différents.

• TRAITEMENT DE L'ASTHÉNIE POST-GRIPPALE

Traitement civil :

- Ampoules buvables associant : calcium, vitamines C, D, PP ;
- soit une forme spécialisée.

Traitement en milieu militaire :

- Ampoules injectables de calcium ;
 - Comprimés de vitamine C ;
 - Comprimés de vitamine PP ;
 - Ampoules buvables de vitamine D ;
- soit quatre produits élémentaires différents.
-

CHAPITRE IV

PRATIQUE MEDICALE AU COMBAT

ROLE DU MEDECIN

Nous allons maintenant aborder l'étude du rôle du médecin au combat, selon les divers types d'opérations militaires auxquelles il sera associé.

I. — LA RECONNAISSANCE

La sortie de reconnaissance, pratiquée par un effectif d'une compagnie à un E.M.T., a pour but de recueillir des renseignements sur la région parcourue.

Le risque de combat est peu important. Il est possible de se heurter à un élément de l'ennemi, mais le médecin a bien plus souvent à agir à la suite d'accidents. Les reconnaissances ont lieu généralement en terrain difficile (il y a peu de choses à reconnaître sur un terrain découvert) : forêt, montagne, marécages, dunes, maquis... Les accidents sont nombreux : chutes avec entorses souvent, parfois fractures, risques de noyades, d'enlissement.

Ce terrain accidenté rendra difficile les évacuations sanitaires. Le brancardage est pénible et très lent.

Les hélicoptères ne peuvent pas toujours se poser et augmentent le risque d'une réaction de l'ennemi qui, soit essaiera d'abattre l'engin, soit localisera la troupe passée jusque-là inaperçue.

La troupe pourra être prise à partie soit par l'artillerie, soit par l'infanterie adverses.

En cas de prise à partie par l'artillerie, les fantassins pourront tirer parti du terrain difficile pour s'abriter des coups ou se mettre à défilement des vues.

Cependant, certains terrains sont particulièrement défavorables :

- La forêt tout d'abord. Les obus éclatant dans les branches des arbres, même les obus percutants ont un effet « fusant ». Le nombre d'éclats est plus important et leur trajectoire de haut en bas plus dangereuse. La protection contre eux devient illusoire.
- Les marécages ensuite. Certains obus éclatant à la surface de l'eau, les éclats ayant alors une trajectoire rasante et le personnel ne pouvant se mettre à l'abri. Enfin, il y a risque de noyade accru pour les blessés et les commotionnés.

Quelles que soient les circonstances ayant entraîné la mise hors de combat d'un ou de plusieurs hommes, le traitement à appliquer au début sera le plus ambulatoire possible. Une entorse tibio-tarsienne sera traitée par infiltration locale de procaine.

Une fracture du membre supérieur sera de même infiltrée largement d'anesthésique locale, avant d'être appareillée sur attelle de Kramer (attelle dont on aura muni infirmiers et brancardiers).

On tentera toujours d'appliquer le traitement, évitant au maximum le brancardage qui ralentit considérablement les mouvements de la troupe.

Si les blessures interdisent la marche du blessé, — blessure du membre inférieur avec lésions osseuses ou musculaires importantes, plaies abdominales ou thoraciques... — on pratiquera le brancardage ou le transport à dos d'homme dans certains terrains.

En dehors des anesthésies locales pour lesquelles la perte de temps due au traitement est rachetée avec bénéfice par la rapidité de la marche qui suit, les traitements seront les plus rapides possibles : garrot, attelle ; la morphine en syrettes sera administrée aux blessés emmenés sur brancard.

Dès que cela sera possible — fin de l'engagement, retrait de la zone dangereuse, neutralisation des feux adverses par des tirs de contre-batterie — on pourra passer au stade du pansement, à la désinfection des plaies. Parfois, il sera possible de lever un garrot en plaçant une ligature vasculaire ; il sera possible d'injecter du sérum antitétanique, des antibiotiques.

Si l'on se trouve alors près d'une aire d'atterrissage, on pourra injecter de la morphine ou le mélange phénothiazine-péthidine aux blessés emmenés jusque-là sous anesthésie locale et que l'on pourra alors évacuer.

II. — L'EMBUSCADE DE NUIT

La présence d'un médecin ne sera nécessaire qu'en cas d'embuscade montée par une compagnie au moins, à la suite d'une sortie ayant eu lieu dans la journée.

Deux cas peuvent se présenter :

- 1) toute la compagnie reste en embuscade ;
- 2) une partie seulement de l'effectif reste sur le terrain, et une section rejoint les lignes amies.

• EMBUSCADE MONTÉE PAR UNE COMPAGNIE ENTIÈRE

Le médecin se tiendra auprès de la section de commandement, en liaison par la radio au commandant de compagnie avec le P.C.-E.M.T. et les sections dispersées sur le terrain.

Il gardera près de lui soit un infirmier, soit — si son équipe sanitaire est complète — un brancardier, ce qui lui permettra de ventiler son infirmier et le brancardier habitué à donner les tout premiers soins vers les positions tenues par les différentes sections de combat.

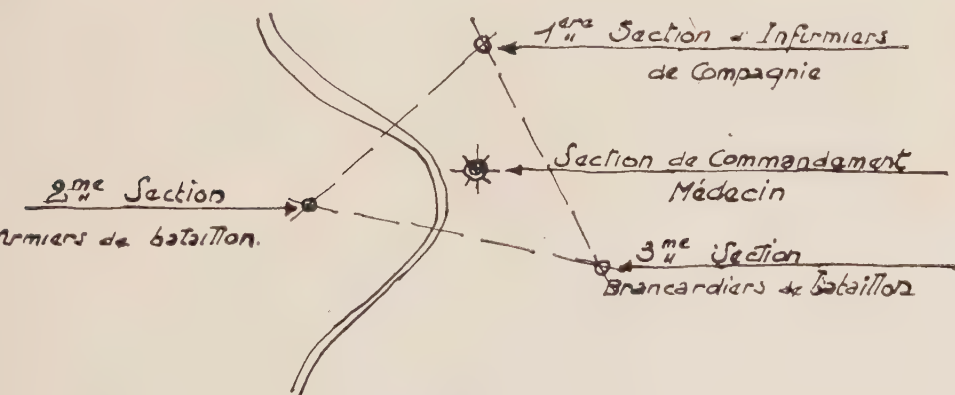


FIGURE 11

Pour une compagnie à trois sections de combat et une section de commandement, le dispositif sanitaire sera alors le suivant (fig. 11) :

- section de commandement : médecin et un brancardier ;
- première section de combat : infirmier de compagnie ;

- deuxième section de combat : infirmier de bataillon détaché par le médecin ;
- troisième section de combat : brancardier de bataillon détaché par le médecin.

En cas de combat, le médecin restera à la section de commandement et suivra par radio la situation aux différents points de section. Il ne doit changer de position tant que la situation n'est pas claire, afin d'éviter de tragiques méprises.

Dès la fin de l'accrochage, il prendra contact avec les sections ayant signalé des pertes. Dans la mesure du possible, il se fera amener les blessés à la section de commandement, pour éviter de se trouver isolé auprès d'une section de combat, en cas de reprise du feu. Il se rendra auprès des blessés semblant intransportables. Il donnera les premiers soins sur le terrain, c'est-à-dire qu'il luttera contre la douleur, l'hémorragie, le collapsus.

Afin de pouvoir examiner les blessures, il faudra recouvrir complètement la partie du corps du blessé présentant la lésion, la tête, le torse et les membres supérieurs du médecin de toiles de tentes individuelles, accrochées bord à bord et recouvertes d'imperméables (le tout se trouvant dans les sacs à dos). Le médecin pourra, sous cet abri improvisé, disposer d'un éclairage portatif.

En même temps que l'on prodiguera les premiers soins, il faudra juger de la nécessité d'évacuer les blessés : soit par voie aérienne si le terrain se prête à un atterrissage et si la sécurité de l'opération semble suffisante, soit par brancardage si l'embuscade se replie. Le P.C. arrière fera avancer un élément de recueil comportant une équipe sanitaire motorisée afin de hâter l'évacuation.

● EMBUSCADE MONTÉE PAR UNE PARTIE DE LA COMPAGNIE

Après une journée de marche, une partie de l'effectif se cache sur le terrain à la nuit tombante ; le reste, en général une section, rejoint les lignes amies à découvert, et non seulement ne cherche pas à passer inaperçue, mais au contraire doit faire croire au retour à l'unité au complet. C'est cette section que le médecin accompagnera : section plus exposée en rase campagne que les groupes en embuscade — groupes ayant pris position et s'étant fortifiés — ; de plus, leur position statique, connue du P.C., permet de les appuyer par le feu de l'artillerie, appui plus délicat sinon impossible à dispenser au profit de la section qui rentre, unité mobile, dispersée sur le terrain et sans abri.

En cas de heurt de la section mobile avec l'ennemi, le médecin et ses infirmiers mêlés aux combattants perdus dans l'obscurité pourront avoir à défendre leur vie. Dans un deuxième temps, il faudra dispenser les soins les plus simples et les plus rapides. Un seul impératif : la section doit rentrer. Les blessés seront portés à dos d'homme soit jusqu'au retour dans les lignes amies, soit jusqu'au moment où, ne pouvant rompre l'engagement, la section s'arrête sur le terrain en attendant des renforts. Ce n'est qu'au moment où les hommes seront immobiles que l'on pourra songer à soigner les blessés. Sinon les deux seuls gestes devront être : porter, placer un garrot ou un pansement individuel.

On peut constater la différence qui sépare les « soins » donnés dans ce dernier cas, de ceux :

1° Pouvant être dispensés sur les lieux d'une embuscade ou, au besoin, par l'artifice de la toile opaque disposée sur lui, le médecin pourra non seulement serrer un garrot, mais encore faire un pansement, pratiquer une immobilisation sur attelle de Kramer, voire une analgésie centrale ou locale.

2° Donnés au cours d'une opération pour laquelle la rapidité de la retraite est moins importante, le risque de corps à corps ne se présentant presque jamais, le seul risque vraiment couru étant le fait de l'artillerie et des mortiers. Bien au contraire, il y aura souvent intérêt, pour les fantassins pris sous le feu de l'ennemi, à se coucher au sol et à ne progresser qu'à l'occasion des intervalles entre les salves, ou durant les tirs de contre-batterie, ce qui permettra au médecin de soigner les blessés à l'occasion de chaque arrêt.

IV. — ÉVACUATION DES BLESSÉS D'UN POSTE OU D'UN VÉHICULE

Un problème particulier se pose lors de l'évacuation des blessés d'un poste isolé attaqué et lors de la mise hors de combat d'un véhicule. Les lésions présentées par les occupants sont les mêmes, les problèmes d'évacuation également ; la seule différence sera le risque accru d'incendie en cas de destruction de véhicule.

De jour, l'évacuation sanitaire peut être presque impossible ; l'ambulance est un véhicule lent, visible. Il est préférable d'adapter un véhicule de combat et de le faire protéger tout au long de sa progression par l'artillerie.

De nuit, l'évacuation peut être tentée en jouant sur l'effet de surprise. Le passage du véhicule peut se faire d'autant plus facilement qu'il surprend les troupes adverses, ne s'attendant pas à être traversées par un véhicule isolé, bien que leur réflexe soit de tirer.

Par ailleurs, si l'ambulance, feux éteints, est peu visible de face, il n'en est pas de même de côté ; la marque sanitaire se dessinant de nuit sous forme d'un panneau blanc traversé d'une croix noire.

Qu'il s'agisse de réflexes ou d'actes délibérés, les ambulances travaillant isolées de nuit sont souvent prises pour cible.

Les blessés que l'on aura à évacuer, qu'il s'agisse d'un blockhaus ou d'un char, pourront présenter des lésions banales en pratique médicale de guerre (blessures par balle, par éclat), mais ils pourront également présenter toute une gamme de lésions par souffle allant de la commotion simple au « blast » complet.

Plus le poste de combat où se trouvait le blessé est clos, ne présentant que de rares ouvertures, plus l'effet de souffle sera violent. Ainsi, les lésions les plus importantes auront lieu dans les cas des chars de combat, pour lesquels l'exiguïté du volume libre est associé à une absence presque totale d'ouvertures.

Le « blast » complet est cependant rare. Nous n'avons jamais eu l'occasion, au cours de notre pratique de guerre, d'en rencontrer. Le fait étant peut-être en relation avec les armes employées : roquettes anti-chars à charge creuse à haut pouvoir perforant pour un calibre modéré.

Nous donnerons quelques exemples des divers types de lésions rencontrés :

- Véhicule blindé à toit entièrement ouvert, type « Scout-Car », touché par les projectiles. Aucun homme mis hors de combat.
- Véhicule blindé à toit entièrement ouvert, type « Half-Track », ayant fait exploser une mine à forte charge. Un homme présentant : une fracture d'un pied, l'onde de choc ayant été transmise par le plancher d'acier ; une perforation des tympanes.
- Blockhaus aux murs composés de deux épaisseurs de rondins, séparées par de la terre (matériel hétérogène transmettant moins les vibrations que le béton), présentant une entrée postérieure ouverte et plusieurs meurtrières de tir. Occupé par 4 hommes. Plusieurs coups au but par roquettes sur les parois, un coup d'embrasure explosant à l'intérieur. Pas de blessés. Légère commotion n'empêchant pas les hommes de continuer le combat. Légère dépression le lendemain durant vingt-quatre heures.
- Poste de tir au mortier d'un blockhaus. Emplacement circulaire creusé en profondeur. Explosion d'une roquette. Perte

de connaissance du servant de pièce. D'après le témoignage de l'homme, le projectile, à son arrivée, a brûlé avec abondante émission de fumée. Peut-être, dans ce cas, y a-t-il eu davantage perte de connaissance par début d'asphyxie que par commotion ; les deux étologies pouvant avoir chacune une part de responsabilité. Aucune séquelle dès le lendemain.

- Char de combat touché par une roquette anti-chars. Un homme étant placé derrière le point d'impact, est traversé de part en part par le dard du projectile. Décès immédiat.

Un autre homme a un pied arraché par le projectile et une fracture du crâne par heurt contre le bord de la tourelle. Décès au cours de l'évacuation.

Les deux autres occupants présentent une perte de connaissance de dix minutes environ, suivie pour l'un d'eux d'une paralysie flasque générale durant près de quinze minutes.

Pour tous les deux, syndrome dépressif au cours des jours suivants, nécessitant leur évacuation sur une formation hospitalière.

Un problème sera parfois ardu à résoudre : celui de l'extraction des blessés en dehors d'un blockhaus ou d'un char. Dans les cas les plus difficiles, on pourra s'aider du procédé du tonnelier » : en enserrant le tronc et les bras du blessé dans une même sangle, passée tout d'abord entre les membres inférieurs, puis dont on remontera les deux extrémités en avant et en arrière du blessé. Au niveau du tiers supérieur du tronc, la sangle sera coudée à angle droit, se dirigeant alors vers la droite du blessé pour l'extrémité antérieure, vers la gauche pour l'extrémité postérieure.

Les portions horizontales seront enroulées autour du tronc et des bras du blessé, jusqu'à arriver pour l'extrémité postérieure au niveau de l'angle formé par la partie antérieure de la sangle, et pour l'extrémité antérieure jusqu'à l'angle de changement de direction de la sangle postérieure. Chaque extrémité est alors passée sous l'angle de changement de direction de l'autre portion de sangle et dirigée vers le haut. La partie postérieure de la sangle est devenue antérieure, la partie antérieure est devenue postérieure. En tirant vers le haut les deux extrémités libres de la sangle, on resserre les liens autour du blessé, lui collant les bras au tronc, et l'on peut plus facilement le soulever et le guider à travers un orifice étroit (*fig. 12*).

Au cours des pages précédentes, nous avons étudié les divers gestes à accomplir auprès des blessés au combat. Nous en retiendrons que le transport des blessés passe bien avant les soins, réduits au strict minimum.

La pathologie des premières lignes, dit-on parfois, est la pathologie du garrot et de l'attelle. Nous estimons cependant qu'il est souvent possible de faire plus. L'on ne saurait trop insister sur le fait que certains gestes rapides pourraient, au prix de quelques instants, sauver une vie humaine ou supprimer les délais d'un brancardage (dont la vitesse n'est que de 1 à 2 km à l'heure) et les risques qu'ils entraînent sur un champ de bataille. L'usage des anesthésiques locaux, en particulier, nous a permis de supprimer des brancardages en terrain extrêmement difficile (forêt et haute montagne).

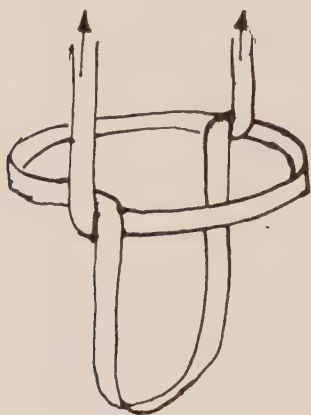


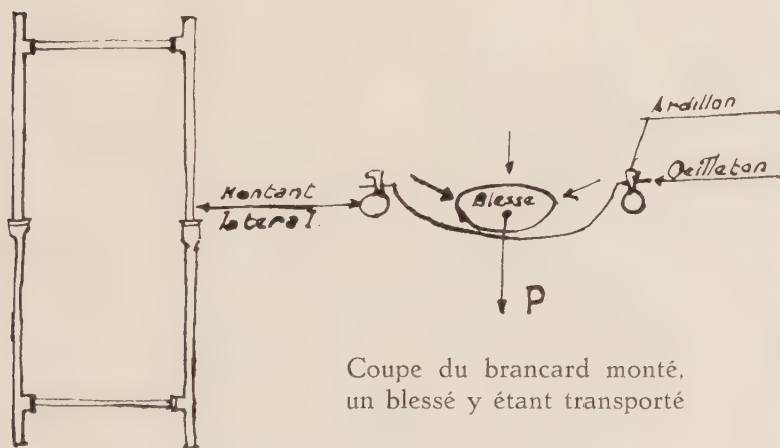
FIGURE 12

Il arrive cependant que le brancardage ne puisse être évité. Il faudra donc prévoir un brancard à l'occasion de chaque sortie opérationnelle. Malheureusement, le brancard réglementaire du Service de Santé, outre son poids excessif pour être porté à dos d'homme, représente un encombrement important rendant la marche de son porteur extrêmement difficile dans les broussailles. Il serait souhaitable que les unités opérationnelles soient dotées plus souvent de brancards légers et pliants.

Ceci est le cas pour certaines unités alpines pourvues de hamacs, suspendus à une perche composée d'éléments emboîtés les uns dans les autres et portée à l'épaule par deux hommes.

A vide, cet ensemble se divise en deux charges : le hamac roulé d'une part, et les divers éléments de la perche assemblés en faisceau d'autre part. Il est à noter que ce hamac ne peut être utilisé pour certains blessés (fracture du rachis en particulier).

D'autres régiments avaient conçu des brancards composés d'une toile portant des œilletons à son pourtour et de tiges métalliques : deux ou trois pour chaque montant latéral, une pour chaque extrémité, s'emboîtant les uns dans les autres et munis d'ardillons auxquels s'accrochent les œilletons de la toile. Le blessé, une fois étendu sur le brancard, son propre poids, par l'intermédiaire de la toile et la fixation de cette dernière sur les montants, rend solidaires les uns des autres les éléments métalliques (*fig. 13*).



Cadre métallique
de brancard démontable

FIGURE 13

Comme dans le hamac des troupes alpines à vide, ce brancard se divise en deux charges : la toile et les montants.

CHAPITRE V

ASPECT PREVENTIF DE LA MEDECINE MILITAIRE EN CORPS DE TROUPE

L'exercice de la médecine aux consultations du bivouac, les soins dispensés au combat ne représentent pas pour le médecin l'ensemble de la médecine militaire.

Cette médecine, qui doit être autant préventive que curative, et « qui s'efforce à être chaque jour une médecine du travail militaire destinée à favoriser l'adaptation de l'homme à son milieu de travail... en temps de paix et en temps de guerre », ainsi que l'écrivait Monsieur le Médecin Général-Inspecteur DEBÉNÉDETTI, Directeur Central des Services de Santé des Armées *.

Nous confondrons dans notre étude l'aspect préventif de la médecine militaire et son rôle dans l'adaptation du combattant, les deux problèmes étant étroitement liés et entremêlés qu'il est presque impossible de les distinguer l'un de l'autre.

Si nous avons, dans les pages précédentes, insisté sur l'adaptation personnelle du médecin civil à l'état militaire, tant comme individu que comme médecin, c'est que l'auto-expérimentation est certainement celle qui, lorsqu'elle est possible, apporte le plus d'enseignements. Ce n'est qu'après avoir résolu ses propres problèmes que le médecin pourra aider les hommes à résoudre les leurs.

I. — LE PROBLÈME DE LA CONDITION PHYSIQUE

Ce problème ne se posera que très rarement au médecin d'unité opérationnelle, les hommes de troupe provenant en général d'un centre d'instruction où ils ont été entraînés en vue de leur affectation à une unité combattante.

(*) *Technicarm Médical*, 1961-1962.

II. — L'ORGANISATION DU BIVOUAC

Nous ne ferons que rappeler les vaccinations préventives réglementaires. Nous avons insisté sur les syndromes digestifs rencontrés dans les unités opérationnelles se ravitaillant souvent à des points d'eau pollués.

La pratique des vaccinations permettra, sinon d'éliminer tout diagnostic de fièvre typhoïde, du moins d'être à l'abri d'épidémies et de contaminations massives.

Après quelques mois de médecine en campagne, devant la fréquence des diarrhées infectieuses, le médecin portera une attention toute particulière au problème des « feüllées », afin d'éviter les réinfections par l'intermédiaire des mouches, des rats et autres animaux.

Les feüllées seront creusées en même temps que l'on monte la première tente.

La désinfection, théoriquement journalière, aura lieu d'autant plus souvent que les syndromes dysentériques seront nombreux à l'unité. La désinfection classique au chlorure de chaux ou au crésyl ne se fera presque jamais, les déplacements étant trop rapides pour se munir des fûts de ces produits.

On se résoudra à employer la mise à feu des lieux d'aisance ; mise à feu qui pourra être réalisée au moyen d'essence, mais alors la carbonisation est superficielle et incomplète ; il sera nécessaire de la pratiquer bi-quotidiennement :

- au moyen d'huile de vidange de moteur ; ce combustible présente l'inconvénient de n'être disponible qu'en fonction du kilométrage parcouru par les véhicules de l'unité. Il s'enflamme difficilement — sa combustion doit être amorcée par un peu d'essence —, mais par la suite, son ignition s'accompagne d'un important dégagement de chaleur avec carbonisation suffisante des surfaces traitées ;
- au moyen d'explosifs. Tous les explosifs, quelle que soit leur vitesse de combustion, brûlent à l'air libre. Ils présentent l'inconvénient soit de brûler dans un faible rayon autour de la masse compacte (plastic), soit en cas de fragmentation (poudres diverses) de ne transmettre la flamme qu'à un fragment suffisamment proche.

Nous utiliserons la poudre des relais d'obus de mortier, relais en surnombre qui, réglementairement, doivent être détruits ; la poudre étant semée par-dessus de l'essence :

- l'essence assure la propagation de la flamme à l'ensemble de la poudre ;
- la poudre augmente la température de la combustion.

III. — L'ÉQUIPEMENT DES HOMMES

Le médecin se souviendra de son expérience personnelle pour conseiller le port le plus rationnel de l'équipement.

Le ceinturon doit se porter avec des bretelles :

— bretelles en X pour le ceinturon de toile ;

— bretelles en Y pour le ceinturon de cuir ;

et, ainsi suspendu aux épaules, doit se porter lâche ; les divers objets que l'on y accroche doivent s'équilibrer.

Le sac à dos sera, chaque fois que cela est possible, équilibré par une charge portée devant la poitrine, selon la technique étudiée au sujet de l'équipement du médecin, pour lequel on équilibre le sac à dos par la trousse médicale.

On équilibrera de même :

— le sac à dos de l'infirmier, par une trousse à pansements :

— le sac à dos du combattant, par une musette de grenades à fusil ou, pour les unités dotées de fusils-mitrailleurs type 24/29 ou B.A.R., par une musette de boîtes-chargeurs ou de cartouches en vrac, ou encore par le poste de radio « Walkie-Talkie ».

Lorsque l'homme portera seulement son sac, il importe que celui-ci soit le moins épais possible (dans le sens antéro-postérieur). Les charges supplémentaires : couverture, vêtement de rechange, seront fixées à l'aide de courroies au-dessus du sac et non pas à la partie postérieure du sac comme cela se voit souvent.

Plus l'épaisseur du chargement est accrue, plus son centre de gravité se déplace vers l'arrière, plus le porteur tend à basculer en arrière sous l'effet du poids de l'ensemble agissant sur le rachis de l'homme par l'intermédiaire d'un bras de levier plus long, correspondant à l'augmentation de distance entre le dos du porteur et le centre de gravité de son chargement.

Le port du casque en opération est souvent discuté. La protection contre les projectiles, balles, éclats d'obus n'est que toute relative.

Cependant, des cas indiscutables ont été observés de balles perforant le casque d'acier extérieur et s'arrêtant au contact du casque intérieur de carton.

Parfois, la balle perce le casque lourd, glisse entre les deux casques sur la surface convexe du casque léger, pour ressortir en un autre point, perforant à nouveau la coiffe d'acier, mais de l'intérieur vers l'extérieur cette fois.

On peut donc estimer que, au moins dans ces cas-là, le casque a sauvé la vie de celui qui le portait ou, du moins, l'a préservé du destin de grand infirme.

De plus, il est certain que le casque met à l'abri des petits éclats d'obus ayant perdu leur vitesse, ou des éclats arrachés aux pierres du sol par les divers projectiles. Si les blessures occasionnées ne présentent que très rarement un caractère de gravité, lorsqu'elles siègent au niveau du cuir chevelu, ces blessures s'accompagnent d'un saignement très important risquant d'aveugler le blessé et l'empêchant ainsi de se défendre.

IV. — L'ALIMENTATION

L'alimentation de la troupe posera souvent, en l'absence de vétérinaire, au jeune médecin des problèmes d'hygiène qu'il n'est pas habitué à résoudre.

Rappelons tout d'abord l'examen des denrées fournies par l'Intendance et, en particulier, des conserves en boîtes et de la charcuterie. Si les denrées présentent des caractères évidents d'avarie (couleur, odeur), ces denrées devront être détruites (incinérées ou enterrées) et un rapport de l'examen concluant à la non-consommabilité doit être délivré au commandant de l'unité, pour être joint au procès-verbal de destruction permettant la fourniture de vivres de remplacement.

Un problème plus délicat sera posé par la récupération de gros gibier ou l'achat de bétail par marché passé par l'unité support du médecin.

L'achat de bétail sur pieds présenterait des difficultés particulières au médecin. Il ne saurait être question de tester les animaux à la tuberculine ; tout au plus, pourront-on se méfier d'un bétail trop maigre, encore faut-il que ce bétail maigre soit proposé dans une région de pâturages suffisamment abondants. Aussi est-il préférable de se refuser à toute expertise de bétail vivant et se limiter à reconnaître apte à la consommation la bête abattue dont on extraira soi-même les viscères.

On examinera tout particulièrement les poumons, à la recherche de lésions tuberculeuses, le tube digestif, le foie et le cœur à la recherche de lésions ou d'infestation parasitaire.

Il en sera de même pour le gros gibier récupéré, en particulier des animaux se mutilant dans les réseaux de barbelés ou dans les champs de mines.

Pour plus de sécurité, la viande ainsi obtenue sera soumise à une cuisson prolongée avant d'être consommée.

Un autre cas intéressant au plus haut point le médecin sera l'organisation du ravitaillement en opération.

Normalement chaque homme part avec vingt-quatre heures de vivres comprenant :

- 1 boîte de ration individuelle ;
- 1 ration de pain ;
- 1 bidon plein.

L'usage des boîtes de rations individuelles réglementaires entraîne rapidement la lassitude pour une troupe opérationnelle, étant donné le peu de renouvellement des menus.

Aussi préférons-nous le système des rations de combat préparées par l'officier d'approvisionnement du Corps, constituées par un sac de matière plastique contenant les produits alimentaires. Ces produits alimentaires étant choisis par l'officier d'approvisionnement du Corps, aux magasins des économats, dans toute la gamme des conserves civiles, reproduisant ainsi un très grand nombre de menus différents.

Ces rations improvisées devront être complétées par le Service de Santé, en comprimés de sel, permettant en saison chaude de lutter contre la déshydratation. Par contre, l'adjonction de pastilles de chloramine destinées à purifier l'eau de boisson, s'avère inefficace, la plupart des hommes refusant de les ajouter à l'eau, celle-ci prenant un goût très prononcé de chlore.

Afin de prévenir les carences vitaminiques, du moins les carences en acide ascorbique et en thiamine, nous faisons donner à chaque homme, au rassemblement précédant le départ, un comprimé de vitamine C et un comprimé de vitamine B1.

Au cours des opérations militaires, nous pensons que, chaque fois que la chose est possible, le combattant doit adopter la nourriture des originaires du pays. Il est préférable de s'inspirer des habitudes locales, habitudes utilisant les ressources naturelles qui permettent une alimentation à base de produits frais, l'adaptation aux conditions climatiques étant ainsi plus facile.

Le système de la ration réglementaire pour vingt-quatre heures touchée par l'homme le matin du départ, composée d'au moins deux

emballages successifs contenant des boîtes de conserves à ouvrir, ne nous semble absolument pas pratique. Au cours d'une opération de guerre, le combattant doit s'alimenter quand l'occasion s'en présente ; la halte pour repas peut ne pas avoir lieu.

Aussi préférons-nous l'organisation suivante, essayée par nous-même d'abord, puis étendue à notre équipe sanitaire, et enfin adoptée par de nombreux hommes de troupe.

- PREMIER CAS : Ration réglementaire pour vingt-quatre heures
— pain.

- a) Avant le départ, ouvrir la boîte de ration, en retirer :
 - les morceaux de sucre ;
 - la pâte de fruits ;
 - le bâton de chocolat, le nougat... ;
 - les dragées de sel.
- b) Laisser les autres denrées (boîtes de conserves) et mettre la boîte dans le sac à dos ainsi que la moitié du pain.
- c) Répartir dans les poches de la tenue de combat l'autre moitié du pain et les ingrédients retirés de la boîte.

A l'occasion des poses, commencer à manger peu à peu et lentement les vivres réparties dans les poches, accompagnées de quelques gorgées de boisson et de 1 ou 2 dragées de sel.

Les efforts physiques seront facilités, surtout si le choc avec l'ennemi a lieu au moment prévu pour le repas ; les hommes ayant déjà absorbé quelques aliments à haut coefficient calorique seront capables de performances plus élevées que les hommes restés à jeun.

- DEUXIÈME CAS : Ration réglementaire pour vingt-quatre heures
 - pain ;
 - suppléments.

Ces suppléments seront, autant que possible, choisis parmi les denrées locales utilisées par les naturels du pays, à l'occasion d'efforts physiques intenses.

Avant le départ, répartir les vivres ainsi :

- a) Sac à dos :
 - ration individuelle ;
 - moitié du pain.
- b) Poches de la tenue de combat :
 - autre moitié du pain ;

- un tube de lait concentré sucré ;
- fruits secs (figues, dattes) ;
- légumes (oignons crus, piments forts conservés au vinaigre).

L'usage des piments forts sera recommandé en hiver et en altitude : ils donnent une impression de chaleur avec vaso-dilatation cervico-faciale et transpiration qui facilite, au moins sur le plan psychique, la lutte contre le froid.

Comme boisson, nous avons exclusivement utilisé et conseillé le mélange non sucré de 1/4 de litre de café pour 3/4 de litre d'eau, boisson légèrement amère et particulièrement désaltérante.

V. — LES MODIFICATEURS DU COMPORTEMENT

Ils pourront être utilisés à titre exceptionnel pour faciliter l'adaptation de l'homme au milieu opérationnel.

Les amphétamines seront utilisées, non pas pour leurs propriétés psychotoniques mais, lors de surmenage physique, au profit des combattants qui risqueraient, en cas de mise au repos individuelle, de perdre l'estime de leurs camarades ou leur prestige et leur autorité, s'il s'agit de gradés.

L'usage des amphétamines étant suivi d'une phase d'épuisement physique, on tentera de diminuer celle-ci par l'administration simultanée de vitamine C, et par la suite de composés de l'acide aspartique.

Les tranquillisants pourraient servir pour favoriser l'adaptation au feu des nouveaux combattants, lors des premiers engagements auxquels ils sont mêlés. Cependant, il convient de ne préparer ainsi que ceux ne risquant pas leur vie au cours de ces combats, l'effet sédatif ou même hypnotique de certains tranquillisants étant trop marqué, les hommes risqueraient de ne pouvoir se défendre.

Par contre, nous avons obtenu les meilleurs résultats en traitant à la suite des combats, le personnel s'étant trouvé dans des situations désespérées et ayant été sauvé au dernier moment. La peur apparaît habituellement le lendemain du combat. L'emploi des tranquillisants et la reprise immédiate de l'action en poste peu exposé permettent de récupérer très vite l'homme en tant que combattant. Nous avons agi de même en cas d'erreur de maniement d'arme, qui aurait pu provoquer un accident grave :

Devant monter la garde, un jeune soldat, à la suite d'une manœuvre erronée, laisse échapper la rafale complète de son pistolet-mitrail-

leur à quelques centimètres d'un de ses camarades. Le lendemain, après une nuit d'insomnie, il est agité, tremulant ; anxieux à l'idée d'avoir failli tuer un camarade, il n'ose plus toucher une arme.

L'association de chlorpromazine, phénothiazine en injection le plonge dans le sommeil.

Le commandant d'unité ayant décidé de ne prendre aucune sanction contre ce soldat, celui-ci après son réveil est soumis à des séances de maniement, démontage et remontage du pistolet-mitrailleur, ainsi qu'à des exercices de tir ; la chlorpromazine étant continuée pendant cette période. En quelques jours, reprise de la confiance en soi et de l'habitude des armes.

CHAPITRE VI

FORMATION DES INFIRMIERS DE CORPS DE TROUPE

I. — FORMATION PHYSIQUE

Il est à souhaiter que les recrues dirigées vers les centres d'instruction les préparant aux fonctions d'infirmier militaire, jouissent d'une excellente santé et subissent un entraînement physique particulièrement poussé.

Un infirmier d'un corps de troupe engagé au combat porte une charge équivalente à celle du porteur d'arme collective ; en effet, il se déplacera avec :

- son sac personnel (couchage, ravitaillement) ;
- son arme et ses munitions ;
- son outil individuel ;
- sa musette à pansements ;
- le brancard souvent.

Pour le brancard, il sera prudent de prévoir plusieurs porteurs qui s'en chargeront à tour de rôle.

Si le brancardage s'avère nécessaire, l'infirmier sera parmi les hommes fournissant le plus gros effort physique, faisant d'office partie des brancardiers afin de surveiller sans cesse le blessé.

Nous répéterons donc que l'infirmier doit être en bonne santé, d'une robustesse au-dessus de la moyenne et entraîné tout spécialement aux exercices sportifs militaires.

II. — FORMATION PROFESSIONNELLE

L'infirmier d'un bataillon de marche doit posséder des connaissances de base, non pas étendues, mais adaptées parfaitement à la pathologie du champ de bataille ; cette pathologie relevant du pan-

sement individuel et du garrot, de l'attelle et de la morphine. Peu de soins sont à donner par l'infirmier lors d'un combat, mais leur exécution ne souffre aucun défaut, aucun retard.

La prévention de l'infection des plaies n'a plus, très souvent, qu'un rôle secondaire si les délais d'évacuation sont suffisamment brefs.

Afin de diminuer les soins d'urgence à l'arrivée de multiples blessés dans les antennes chirurgicales et aux compagnies médicales chargées du triage, on essaiera, dans la mesure du possible, de pratiquer sérothérapie antitétanique et antibiothérapie au poste de secours avancé, à condition que l'évacuation n'en soit pas retardée. Sinon, il vaudra mieux les laisser donner aux relais sanitaires mieux équipés et jouissant de plus de calme et de plus de sécurité.

La pratique, lors du ramassage, des injections hypodermiques — autres que celles de morphine —, ne ferait qu'augmenter les délais d'évacuation et pourrait distraire l'infirmier d'autres blessés nécessitant une thérapeutique d'extrême urgence.

Dans un seul cas, la prévention de l'infection sera amorcée au ramassage ; celui d'opérations militaires sous un climat équatorial. L'aggravation extrêmement rapide des plaies infectées impose dans ce cas une antibiothérapie préventive d'urgence.

La technique du garrot, des pansements, des injections hypodermiques est étudiée par les infirmiers soit au Centre d'Instruction pour les infirmiers du Service de Santé, soit à l'infirmierie de l'unité pour les infirmiers formés au Corps ; mais elle ne pourra être appliquée avec profit que si l'infirmier est capable de se dominer lui-même, sur le plan émotionnel, devant un blessé et d'apprécier la gravité du cas, la présence et l'importance d'une hémorragie.

— D'une part, nombreux sont les hommes, parfois très courageux par ailleurs, qui sont paralysés à la vue du sang et qui, sachant poser un garrot sur un mannequin, se trouveront dans l'impossibilité de surmonter la répulsion provoquée par la vue d'un blessé.

— D'autre part, l'isolement de certains postes, l'étendue d'un territoire placé sous la surveillance médicale d'un seul médecin, imposent aux infirmiers isolés la possibilité d'évaluer le degré de gravité d'une blessure, afin de transmettre les renseignements nécessaires au médecin, lequel pourra organiser les secours de la façon la plus rationnel, selon le cas, le lieu, l'heure et parfois la simultanéité d'appels différents.

Afin que l'infirmier soit capable d'apprécier la gravité, l'urgence d'un cas et, en particulier, un état de choc, il nous paraît souhaitable que les futurs infirmiers, à la sortie du Centre d'Instruction ou à la

fin de leur cycle de formation à l'infirmierie du Corps, soient dirigés sur un Centre Chirurgical pour y faire un stage :

- 1° D'accoutumance à la vue du sang (l'assistance aux matinées opératoires suffira).
- 2° D'estimation de la gravité d'un cas : l'assistance aux interventions leur permettra de ramener à sa juste valeur l'estimation d'une spoliation sanguine, quand l'hémorragie se répand à terre ou même autour de la blessure.

A la réception des urgences, sous la conduite d'un instructeur qui leur indiquera les signes de gravité ou de bénignité présentés par les blessés et, en conclura du degré de l'hémorragie ou du choc, ils apprendront à évaluer correctement le degré d'urgence d'un blessé.

Dans le cas d'une affectation directe à une unité de marche, l'infirmier devrait parfaire sa formation en soignant les blessés. Mais dans ce cas, le nombre de blessés, surtout de blessés sérieux posant un problème d'urgence, étant faible, l'éventail de cas à comparer peu ouvert et surtout la distribution du nombre de blessés dans le temps étant irrégulière, cette formation pratique risque d'être très incomplète.

En cas d'arrivage massif de blessés graves, le médecin, débordé puisque son aide n'est pas capable de le seconder, sera pris par l'obligation de donner des soins rapides sans avoir le temps de parfaire l'éducation de son infirmier, lequel perd ainsi la meilleure occasion de se perfectionner.

CHAPITRE VII

CHOIX DES MEDECINS DE CORPS DE TROUPE

Trop souvent, le médecin de corps de troupe est choisi parmi les médecins de réserve ne justifiant d'aucune qualification ni orientation spéciale, les spécialistes étant dirigés vers des formations hospitalières.

Si cette optique convient aux médecins des Centres d'Instruction, d'infirmes de garnison et en général pour tous les postes justifiant, sans faire partie du cadre hospitalier d'une implantation territoriale fixe, elle ne nous semble pas correspondre au choix des médecins d'unités opérationnelles.

En effet, nous avons, tout au long :

- des énumérations des divers types d'opérations militaires ;
- des descriptions des blessures présentées par les combattants ;
- des thérapeutiques d'urgence à appliquer ;

désigné ce qu'est vraiment la médecine de corps de troupe en unité combattante.

Il s'agit de chirurgie d'urgence :

- soit urgence par gravité des blessures ;
- soit par les circonstances tactiques exigeant l'évacuation des militaires hors de combat, et le choix d'une thérapeutique permettant cette évacuation.

L'appréciation des signes de gravité des lésions et de l'état général peut souffrir aucune erreur entraînant un risque vital pour le blessé et, si les gestes thérapeutiques sont peu nombreux, ils doivent être impeccablement exécutés.

C'est pourquoi nous pensons que les postes de médecin d'unité opérationnelle doivent être confiés à des médecins ayant de solides connaissances chirurgicales et ayant l'habitude des aides en salle d'opération.

Ces praticiens ne seront pas désorientés par le caractère souvent horrible des plaies de guerre ; ils sauront, dans le minimum de temps, lutter contre l'hémorragie et le collapsus.

Ces soins d'urgence que le médecin doit être capable de donner, il a en fait assez rarement l'occasion de les dispenser ; l'habileté manuelle finit par s'en ressentir, alors que déjà la pratique presque exclusive de soins de grande urgence vient à éloigner le praticien des autres activités médicales.

On se trouve donc devant le problème suivant :

— nécessité d'un personnel très compétent ;

— et stérilisation de ce même personnel dans l'emploi où l'on a besoin de lui.

Aussi estimons-nous que le personnel doit bénéficier d'une double affectation, successive et périodique. Il serait souhaitable que les postes d'assistant d'antenne chirurgicale soient jumelés avec ceux de médecins de bataillon de marche.

Les médecins de deux postes jumelés se relèveraient mutuellement et périodiquement tout au long du temps qu'ils passent sous les drapeaux.

Ainsi seraient maintenus dans leurs connaissances et leur pratique chirurgicale les médecins d'unités combattantes, et leurs relèves périodiques profiteraient aux combattants. Les médecins retrouvant régulièrement les mêmes hommes de troupe, le dialogue humain se renouerait vite et la confiance de l'homme en « ses » médecins serait inaltérable.

Cependant, il serait très difficile de trouver le nombre nécessaire de jeunes praticiens non spécialistes et ayant les connaissances chirurgicales nécessaires pour pratiquer sur le terrain une intervention d'extrême urgence comme une trachéotomie.

Aussi serait-il souhaitable que les médecins n'ayant pas eu la possibilité au cours de leurs études médicales de s'initier aux gestes élémentaires de chirurgie et classés par le Service de Santé Militaire « Médecins de corps de troupe », puissent être affectés, à leur sortie des pelotons d'élèves officiers, dans un service chirurgical hospitalier, afin d'acquérir les notions pratiques leur faisant défaut, et de réviser les techniques d'urgences (trachéotomie en particulier).

Pendant ce temps, ceux des jeunes médecins qui auraient pu, soit à l'occasion de remplacement d'externe dans des Centres Hospitaliers Universitaires, soit à l'occasion de fonctions d'interne dans des hôpitaux de province, se familiariser avec les techniques d'extrême urgence, seraient dirigés d'emblée vers les unités opérationnelles.

Leurs camarades du premier groupe, à la fin de leur stage d'initiation chirurgicale, pourraient les relever pour la période suivante.

Il est difficile d'estimer la durée que devraient avoir les passages en corps de troupe et en antenne. La durée de trois mois est certainement insuffisante, mais celle de six mois paraît déjà trop longue ; on pourrait cependant la prendre comme moyenne, en faisant en sorte que chacun ait, au cours de son affectation annuelle, la moitié d'une saison chaude et la moitié d'une saison froide.

CONCLUSIONS

La contribution au maintien du moral de la troupe est prévue comme étant un rôle secondaire pour le médecin militaire ; la seule façon de contribuer au maintien du moral de la troupe est d'avoir la confiance des hommes.

Cette confiance, dès le début, l'homme de troupe la lui prête, espérant que le médecin sera vraiment celui qu'il souhaite, mais il demande beaucoup, sur le plan professionnel comme sur le plan humain, et cela quelles que soient les circonstances.

Cette confiance, ce sera au médecin de la gagner de ces hommes rudes, souvent durs avec les autres comme ils le sont avec eux-mêmes : résistant à la douleur, à la fatigue, à la faim, aimant la vie mais la risquant sans cesse.

Le médecin devra être celui sur qui l'on compte, au bivouac ou au combat, dans le froid et la chaleur, de nuit comme de jour ; il doit être celui qui est présent, qui panse, qui réconforte.

Ce n'est pas un rôle particulier, ce sont les conditions qui sont particulières. Les malades de la vie civile peuvent compter sur les disciples d'HIPPOCRATE qui mettent en honneur la maxime :

« Guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours. »

Toujours consoler l'homme qui souffre, mais pour le consoler, il faut être auprès de lui.

En cas de conflit, ce sont les mêmes hommes qui, civils, avaient un médecin près d'eux, se retrouvent sous l'uniforme et toujours un médecin sera auprès d'eux.

Comment pourrait-il en être autrement ? Le médecin n'a aucun droit, mais seulement un devoir, celui d'exercer son art auprès de ceux qui ont besoin de lui.

Ceux qui ont besoin de lui, ce sont ces hommes vêtus de kaki, couchés dans les barbelés sous le feu d'artifice des obus et des balles, exténués par les marches forcées, transis de froid, déchirés par la mitraille.

Ce sont eux qui ont besoin du médecin, mais qui en ont besoin en cet endroit précis où ils sont tombés ; car ces hommes qui peuvent mourir, eux, ont tous les droits, et en premier celui d'être le plus tôt possible sous la responsabilité de celui qui sera le plus apte à sauver leur vie.

Et si nous demandons pour les médecins affectés à des unités combattantes, le passage régulier dans des services hospitaliers, c'est à seule fin de leur permettre de mieux remplir leur rôle au point de vue technique sur le champ de bataille.

Pour pouvoir répondre à cet appel au secours, provenant de l'avant, il sera nécessaire qu'il joigne à sa préparation technique la préparation physique suffisante.

Et c'est volontairement, en toute connaissance de cause, qu'il doit se préparer à affronter les épreuves qui se présenteront devant lui, afin de pouvoir remplir sa mission.

« Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas, c'est parce que nous n'osons pas qu'elles sont difficiles », disait SÉNÈQUE.

Il ne nous reste donc qu'à oser.

Et il nous faudra oser, oser beaucoup et de plus en plus, car, devant les dangers que font courir les armes modernes à l'humanité entière risquant d'affaiblir le vainqueur autant que le vaincu, les stratèges se refusent à la guerre scientifique. Et voilà que l'évolution des unités combattantes se poursuit : l'Infanterie, « Reine des Batailles » des guerres d'antan, a donné naissance aux « Troupes de Choc » du dernier conflit international ; celles-ci ont enfanté les « Commandos de Chasse », et de l'expérience de ces derniers, commence à émerger l'ombre de la guérilla, annoncée déjà par le colonel LAWRENCE :

« Les armées sont comme des arbres, de longs canaux leur amènent leur nourriture. Nous, nous serons une vapeur se déplaçant sans cesse. Rien ne pourra nous atteindre. »

Peut-être est-ce auprès de guérilléros en loques que marchera le médecin militaire de demain ?

Peut-être dans le cadre de la guerre psychologique appuiera-t-on l'équipe de combattants propagandistes clandestins d'un méde-

cin, destiné certes à soigner ses compagnons, mais aussi à augmenter leur influence auprès de la population locale, en pratiquant quelques gestes salvateurs dans quelque habitation isolée ?

Qu'importe ! Si les soins donnés sauvent des vies humaines, le médecin n'aura pas failli à sa mission. Ce ne sera du reste pas une idéologie politique qu'il aura défendue, mais la Vie contre la Mort ; et il n'aura pas à craindre le jugement de la postérité, sachant, comme le disait le Professeur Jean-Louis FAURE, que :

« Il ne reste de nous que l'exemple que nous avons donné et le bien que nous avons accompli. »

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
FEVRE

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

Monsieur le Ministre des Armées, par l'intermédiaire de Monsieur le Général, chef du Cabinet militaire du Ministère des Armées, a bien voulu nous faire parvenir le texte de la demande d'évacuation sanitaire, telle qu'elle doit être utilisée désormais par les unités combattantes.

C'est donc ce texte, qui doit être utilisé, lors d'une demande d'appui aérien, au lieu et place de celui que nous utilisions, au cours des combats en Algérie.

Les nécessités de la mise en page, nous obligent à publier ce texte en annexe.

Que Monsieur le Ministre des Armées, veuille bien accepter nos remerciements, pour la communication de ce document, en même temps que l'expression de nos sentiments respectueusement dévoués.

DEMANDE-TYPE D'EVACUATION SANITAIRE AERIENNE

Elle est adressée en radio par le Commandant d'Unité (et non pas par le Médecin) directement à l'Autorité qui dispose des moyens aériens d'évacuation (hélicoptères en général).

Elle est transmise « en clair » sur le réseau spécialisé d'appui aérien et affectée d'une priorité qui, en cas de nécessité, peut monter jusqu'à « extrême-urgent ».

<i>Texte du message</i>	<i>Signification</i>
A) DEM/EVA NORMALE (ou CAPITALE)	Demande d'évacuation sanitaire. La qualification capitale ne peut être utilisée que pour des missions ayant pour but de sauver une vie humaine : elle amène le pilote à prendre éventuellement de très grands risques tant en vol (météo) qu'à l'atterrissage.
B) PELOTARI ROUGE	Indicatif radiophonique de l'unité bénéficiaire.
C) LX 39 A 83	Position actuelle du bénéficiaire donnée en carroyage d'appui aérien.

<i>Texte du message</i>	<i>Signification</i>
D) 1 blessé couché D Z balisé par pan- neaux blancs et fumi- gène rouge	Nombre de blessés à évacuer (couchés ou assis). Renseignements concernant les conditions techniques d'atterrissage.
E) Immédiate	Délai éventuel avant l'exécution de la mission. Ici immé- diate = délai nul.
F) Sans objet	Heure limite d'exécution de la mission.
G) Blessé vu par un Médecin. Convoyage médical nécessaire avec réanimation sanguine	Renseignements complémentaires importants fournis par le Médecin Commandant d'Unité.
H) Q.A.P.	Indication de l'heure à laquelle le demandeur reprendra l'écoute sur la fréquence d'appui aérien pour obtenir la réponse. Ici « Q.A.P. » = écoute permanente.

Il faut noter que la demande de surveillance ou de réanimation entraîne (pour un blessé isolé) un délai supplémentaire d'environ 15 minutes, en raison de la nécessité pour les hélicoptères lourds de laisser chauffer les moteurs avant le décollage.

Il faudra donc tenir compte de cette remarque pour choisir entre :

- une évacuation rapide sans surveillance;
- une évacuation plus lente avec réanimation.

(Référence: Décision Ministère des Armées n° 15943 MA/CM/K.)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	15
Chapitre I. — Formation militaire de base du médecin	18
Chapitre II. — Adaptation personnelle du médecin à son rôle au combat . .	21
— <i>L'équipement personnel</i>	21
— <i>Utilisation sanitaire des véhicules de combat</i>	32
— <i>Les évacuations sanitaires par air</i>	35
— <i>Préparation des opérations militaires</i>	36
Chapitre III. — Pratique médicale à l'infirmerie	38
— <i>Pathologie chirurgicale</i>	39
— <i>Pathologie médicale</i>	40
Chapitre IV. — Pratique médicale au combat. Rôle du médecin	45
— <i>La reconnaissance</i>	45
— <i>L'embuscade de nuit</i>	47
— <i>Evacuation des blessés d'un poste ou d'un véhicule</i>	49
Chapitre V. — Aspect préventif de la médecine militaire en corps de troupe	54
— <i>Le problème de la condition physique</i>	54
— <i>L'organisation du bivouac</i>	55
— <i>L'équipement des hommes</i>	56
— <i>L'alimentation</i>	57
— <i>Les modificateurs du comportement</i>	60
Chapitre VI. — Formation des infirmiers de corps de troupe	62
— <i>Formation physique</i>	62
— <i>Formation professionnelle</i>	62
Chapitre VII. — Choix des médecins de corps de troupe	65
CONCLUSIONS	69
ANNEXE	73

